



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública



Impacto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na Demora Média Hospitalar no Hospital Beatriz Ângelo

XII Mestrado em Gestão da Saúde
2016-2018

Dora Margarida Manuel Bonito

Lisboa, Agosto 2018



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública



Impacto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na Demora Média Hospitalar no Hospital Beatriz Ângelo

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, realizada sob orientação científica de:

Professor Doutor Paulo Boto

Lisboa, Agosto 2018

Agradecimentos

Para chegar ao fim desta fase da minha formação, muitos foram muitos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste trabalho.

O meu particular agradecimento:

- Ao meu orientador Professor Dr. Paulo Boto pelo seu conhecimento, paciência, disponibilidade e pelas sugestões sugeridas que me levaram a refletir;
- Ao Francisco pelo tempo que não o pude acompanhar;
- Ao Carlos pelo incentivo, paciência e apoio;
- Aos meus pais que sempre acreditaram em mim;
- À Dra. Rita Sousa Machado pelo apoio e ajuda que me proporcionou;
- À Enfermeira Teresa Simões e Enfermeira Sofia Pereira pela compreensão que sempre demonstraram

Resumo

Enquadramento: O envelhecimento da população nos países desenvolvidos, o aumento das situações de dependência, das doenças crónicas e da carência social conduzem ao aparecimento na sociedade de novas necessidades tanto a nível social como a nível de saúde, que requerem uma resposta integrada entre os vários níveis de cuidados.

Perante esta realidade, surge uma mudança de paradigma que existia e que leva a uma crescente procura de cuidados continuados de longa duração

É de extrema importância criar soluções consigam dar respostas adequadas a esta problemática, com o desenvolvimento e implementação de novos modelos de prestação com o objetivo de promover a eficiência dos hospitais e disponibilizando camas nos hospitais de agudos, retirando dos internamentos os utentes que necessitam de cuidados continuados.

Em Portugal, foi criada em 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI), como resposta às enormes mudanças sociais que acarretam um aumento das necessidades tanto a nível de cuidados de saúde como a nível de cuidados sociais.

Objetivo: Avaliar o impacto da referenciação para a RNCCI na demora média (DM) hospitalar, no período compreendido entre 1 de Janeiro de 2015 a 31 de Dezembro de 2016, no Hospital Beatriz Ângelo (HBA).

Metodologia: Estudo de natureza quantitativa, retrospectivo, caso- controlo, do tipo descritivo.

Resultados: No período em análise foi verificado que os utentes com maior referenciação para a RNCCI encontram-se na faixa etária entre os 65 e 84 anos (59,% em 2015 e 54% em 2016).

Os resultados evidenciam que os utentes referenciados para a RNCCI pelo HBA têm uma demora média de internamento superior aos utentes não referenciados para a RNCCI, no período estudado. Relativamente aos dez GDH mais referenciados pelo HBA, que constituem 43,7 % das referenciações, constata-se que todos eles têm uma demora média superior quando comparados com os utentes não referenciados, no período em estudo.

Palavras chaves: Rede Nacional de Cuidados Continuado Integrados; Demora Média, Cuidados Continuados, Envelhecimento, *Long-term care*; Grupos de Diagnósticos Homogéneos, Referenciação

Abstract

Background: The aging of the population in developed countries, increasing dependency, chronic diseases and social deprivation lead to the emergence of new social and health needs in society, which require an integrated response between the various levels of care.

Faced with this reality, there is a paradigm shift that has existed so far leading to a growing demand for long-term care

It is extremely important to create solutions to provide adequate responses to this problem, with the development and implementation of new delivery models with the objective of promoting hospital efficiency and providing beds in acute hospitals, removing the patients who need care continued.

In Portugal, the National Continuum of Care Network (RNCCI) was created in 2006 in response to the enormous social changes that lead to an increase in the needs of both health care and social care.

Objective: The objective of this study is to evaluate the impact of referral for the RNCCI, in the hospital average length of stay in the time period between January 1, 2015 and December 31, 2016, at the Hospital Beatriz Ângelo (HBA)

Methodology: Quantitative, retrospective, case-control, descriptive

Results: In the period under analysis, it was verified that the users with the highest RNCCI referral are in the age group between 65 and 84 years-59,% in 2015 and 54% in 2016).

The results show that the patients referred to the RNCCI by the HBA have an average delay higher than the users not referenced for the RNCCI in the period studied.

With respect to the 10 most commonly referred GHDs, which constitute 43.7% of the references, all of them have a higher mean delay compared to unrelated users in the study period.

Key words: National Network for Integrated Continuous Care; Average Length of stay, Continuing Care, Aging, Long-term care; diagnosis related groups, referral

Índice

Introdução.....	9
PARTE 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	12
1 – Envelhecimento.....	13
2 - Cuidados continuados	15
3- Caraterização dos modelos de cuidados continuados existentes no Reino Unido e em Espanha	17
3.1. - Reino Unido – O NHS Continuing Healthcare.....	17
3.2 – Espanha - Atenció Sociosanitària Català	19
4- Rede Nacional de Cuidados Continuados.....	22
4.1- Enquadramento da RNCCI	23
4.2- Criação e Implementação da RNCCI	24
4.3 - Missão e objetivos da RNCCI.....	25
4.5 - Modelo de coordenação e gestão da RNCCI	27
4.6 - Tipologias de cuidados na RNCCI.....	29
4.7 - Sinalização, referenciação e admissão na RNCCI	32
4.8 – Financiamento da RNCCI	34
5 - Internamento Hospitalar	35
5.1 - Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH).....	35
5.2- Demora Média Hospitalar.....	37
5.3 – Protelamento de alta	39
PARTE 2 – METODOLOGIA	40
2. – Metodologia	41
2.1. – Objetivos do estudo	41
2.2- Tipo de estudo	42
2.3 - Amostra do estudo	42
2.4- Hipóteses de estudo	42
2.5- Caracterização das variáveis do estudo.....	43
2.6 - Métodos de recolha e tratamento de dados.....	43
PARTE 3 – RESULTADOS	45
3 - Apresentação e análise de dados.....	46
3.1 - Caracterização da amostra.....	46
3.1.1- Distribuição por sexo	47
3.1.2 - Distribuição por idade.....	48
3.1.3 - Proveniência dos utentes.....	49

3.1.4 - Tipologia das unidades para as quais os utentes são referenciados	50
3.1.5 - Tempo de sinalização á EGA.....	51
3.2- Caracterização dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos.....	51
3.3 – Demora Média.....	53
3.3.1 - Análise das demoras médias dos 10 GDH mais referenciados no HBA	53
3.4 - Protelamento de Alta	56
3.4.1 - Utentes Não Referenciados /Referenciados	56
3.4.2- Dias de protelamento de alta por GDH mais referenciados no HBA	57
3.5 - Regressão Linear Multivariada.....	58
3.6 -Análise Multivariada	61
PARTE 4 - DISCUSSÃO.....	63
4- Discussão de resultados.....	64
PARTE 5 – CONCLUSÃO.....	68
5 – Conclusão	69
PARTE 6 – BIBLIOGRAFIA.....	71
6 – Bibliografia	72
Anexos	80
Anexo I – NHS Continuing Health Care- Check List.....	81
Anexo II – NHS Continuing Health Care – Decision Support Tool	84
Anexo III - NHS Continuing Healthcare Fast Track Tool.....	86
Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética do HBA	89
Anexo IV – Comparação dos dez GDH mais referenciados	91

Índice de Figuras

Figura 1 - Índice de envelhecimento em Portugal	13
Figura 2 - Relação entre o nº de idosos e o número de pessoas em idade ativa.	14
Figura 3 - Eixos da actividade estratégica da Atenció Sociosanitària Català.....	20
Figura 4 - Tipologia e caracterização de cuidados	21
Figura 5 - Serviços domiciliários e ambulatório	22
Figura 6 - Número de camas em funcionamento na RNCCI	25
Figura 7- Objetivos específicos da RNCCI.....	26
Figura 8 - Objetivos estratégicos da RNCCI	26
Figura 9 - Competências da ECR	28
Figura 10 - Competências da ECL.....	28
Figura 11 - Tipologias existentes na RNCCI	29
Figura 12 - Processo normal de internamento e alta de um utente	32
Figura 13 - Processo de referenciação para a RNCCI	33
Figura 14 - Critérios de referenciação para a RNCCI.....	33
Figura 15 - Demora Média Hospitalar em Portugal de 2005 a 2014.....	38
Figura 16 - Distribuição dos utentes por tipologia da RNCCI em 2015.....	50
Figura 17 - Distribuição de utentes por tipologia da RNCCI em 2016	50
Figura 18 - Dez GDH mais referenciados para a RNCCI pelo HBA em 2015 e 2016	52

Índice de tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra	46
Tabela 2 – Associação entre sexo e a referenciação para a RNCCI em 2015	47
Tabela 3 – Associação entre o sexo e a referenciação para a RNCCI em 2016	47
Tabela 4 – Associação entre a idade e a referenciação para a RNCCI em 2015	48
Tabela 5 – Associação entre a idade e a referenciação para a RNCCI em 2016	48
Tabela 6 - Associação entre a idade dos utentes e a referenciação para a RNCCI no ano de 2015.....	49
Tabela 7- Associação entre a proveniência dos utentes e a referenciação para a RNCCI no ano de 2016.....	49
Tabela 8 - Tempo de sinalização à Ega em 2015 e 2016	51
Tabela 9 - Comparação entre os utentes referenciados e os não referenciados.....	53
Tabela 10 - Comparação entre a DM dos GDH em 2015.....	54
Tabela 11 - Comparação entre a DM dos GDH em 2016.....	55
Tabela 12 - Dias de protelamento de alta	56
Tabela 13 - Comparação dos dias de protelamento de alta por GDH em 2015.....	57
Tabela 14 -Comparação dos dias de protelamento de alta por GDH em 2016.....	58
Tabela 15 - Preditores da demora média em 2015	59
Tabela 16 - Preditores da demora média em 2016	60
Tabela 17 - Preditores da demora média – Análise multivariada no ano de 2015	61
Tabela 18 - Preditores da demora média – Análise multivariada no ano de 2015	61

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACES - Agrupamento dos Centros de Saúde,
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
DGS – Direção Geral de Saúde
DRG – Diagnosis Related Groups
DM - Demora média
ECCI - equipas de cuidados continuados integrados
ECL - Equipas de Coordenação Local
ECR - Equipas de Coordenação Regional
ECSCP - Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos
EGA - Equipas de Gestão de Altas
EIHSCP – Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
HBA – Hospital Beatriz Ângelo
GDH – Grupos Diagnósticos Homogéneos
INE – Instituto Nacional de Estatística
LTC – Long Term Care
LVT - Lisboa e Vale do Tejo
MS – Ministério da Saúde
MTSS – Ministério do Trabalho e Solidariedade Social
NHS - National Health Service
OECD – Organisation for economic co-operation and development
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPSS – Observatório Português do Sistema de Saúde
WHO – World Health Organization
PNS – Plano Nacional de Saúde
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SNS – Serviço Nacional de Saúde
UC – Unidade de Convalescença
UCP- Unidade de Cuidados Paliativos
UDPA- Unidade de dia e Promoção da Autonomia
UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação
ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção
UK - United Kingdom
UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
UNL – Universidade Nova de Lisboa

Introdução

No âmbito do XII do Curso de Mestrado de Gestão da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, foi proposta a realização de um trabalho de investigação.

O presente trabalho de investigação tem como objetivo avaliar o impacto da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) na Demora média Hospitalar (DM) no HBA.

O envelhecimento é um dos fatores mais influentes na mudança das políticas sociais e de saúde (OPSS, 2012). Na maioria dos países, e Portugal não é exceção, devido ao aumento do número de indivíduos idosos, consequência tanto do aumento da esperança média de vida como da diminuição da natalidade, ocorre uma evidente inversão da pirâmide demográfica nos países desenvolvidos (WHO, 2002; INE, 2018)

Na União Europeia, a percentagem de indivíduos com mais de 65 anos tem vindo a aumentar, atualmente este grupo de indivíduos é cada vez mais uma realidade.

Ao longo dos anos, têm-se verificado alterações sociais e económicas importantes, tendo contribuído para essas alterações o envelhecimento que se tem verificado nas populações. (OECD; 2012).

Concomitantemente, deparamo-nos com a diminuição da participação das famílias/cuidadores nos cuidados, o aumento de indivíduos que vivem sozinhos, e um aumento das expectativas tanto dos utentes como por parte das famílias /cuidadores, toda esta situação, obriga a repensar o modelo que estava em vigor, emergindo a necessidade de mudança e readaptação de novos modelos de prestação de cuidados, tendo em conta as políticas sociais e de saúde, esses modelos têm o intuito de reduzir, evitar ou até mesmo adiar o internamento (Damiani et al., 2009; Escoval *et al.*, 2011)

O aumento tendencial da população idosa aponta para cenários complexos para as organizações de saúde, como o aumento da prevalência de doenças crónicas, neste contexto, surge o aumento da procura de cuidados continuados e cuidados de longa duração. (Damiani et al., 2009; Nogueira, 2009, Cervera et al., 2010).

Perante esta realidade, a nível da utilização dos serviços hospitalares, começa a ocorrer uma ocupação indevida das camas de agudos, isto é, os indivíduos continuam a utilizar as camas hospitalares embora o que necessitem é que lhes sejam prestados cuidados continuados. (McDonagh, *et al.*, 2000; Bryan et al., 2006).

Toda esta situação vai ter impacto nas demoras médias do internamento hospitalar levando a que ocorra um aumento das mesmas. (DeCoster e Kozyrskyj, 2000; Bryan, 2010).

Segundo Cabral (2010) o prolongamento do tempo de internamento para além do que é estritamente necessário é um dos principais problemas de eficiência e qualidade na área hospitalar em Portugal.

Tendo em conta que a demora média é um importante indicador da eficiência hospitalar, emerge a necessidade de criação e implementação de modelos integrados de cuidados continuados em saúde. (Holmås *et al*, 2007).

A integração de cuidados além de ser uma mais valia na eficiência dos recursos hospitalares existentes, reduzindo a permanência desnecessária do utentes nos serviços hospitalares de agudos, utentes esse que necessitam de cuidados continuados, aumentando desta forma a eficiência dos serviços e essencialmente o aumento de camas nos hospitais de agudos. (UMCCI, 2009; OPSS, 2011).

Face a toda esta realidade, em Portugal surge a Rede de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no ano de 2006. A sua criação é o resultado da crescente necessidade de cuidados continuados, e é fruto do envelhecimento da população e do aumento das situações de dependência e incapacidade.

Esta tipologia de cuidados posiciona-se num nível intermédio, entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde hospitalares.

A RNCCI é constituída por várias tipologias, para serem elegíveis os indivíduos têm que reunir uma série de critérios clínicos e sociais, dependendo da tipologia de referenciação.

Pelo exposto, a escolha do tema deste trabalho de investigação surge da necessidade de investigar qual o impacto da referenciação para a RNCCI na demora média hospitalar, e que as conclusões facilitem a adoção de medidas de melhoria no processo de sinalização e referenciação de doentes para o RNCCI.

Em relação á estrutura do trabalho, encontra-se dividido em 5 capítulos.

O primeiro capítulo é realizado o enquadramento teórico, onde é abordado o tema do envelhecimento, cuidados continuados, modelos de prestação de cuidados implementados em contexto internacional, e também o modelo português da RNCCI. Nesta revisão é também abordados os Grupos de Diagnostico Homogéneo (GDH), assim como a demora média (DM) e o protelamento de alta.

No Segundo capítulo descreve-se a metodologia utilizada, definindo os objetivos, o tipo de estudo, a amostra, as hipóteses de investigação, as variáveis a população, assim como os processos de colheita e tratamento de dados.

No terceiro capítulo, é apresentado os resultados alcançados, referentes aos períodos do estudo de 1 de Janeiro de 2015 a 31 de Dezembro de 2016.

No quarto capítulo procede-se à discussão dos resultados obtidos tendo por base a revisão da literatura.

No último capítulo é descrita a conclusão do trabalho de investigação, as limitações e as sugestões.

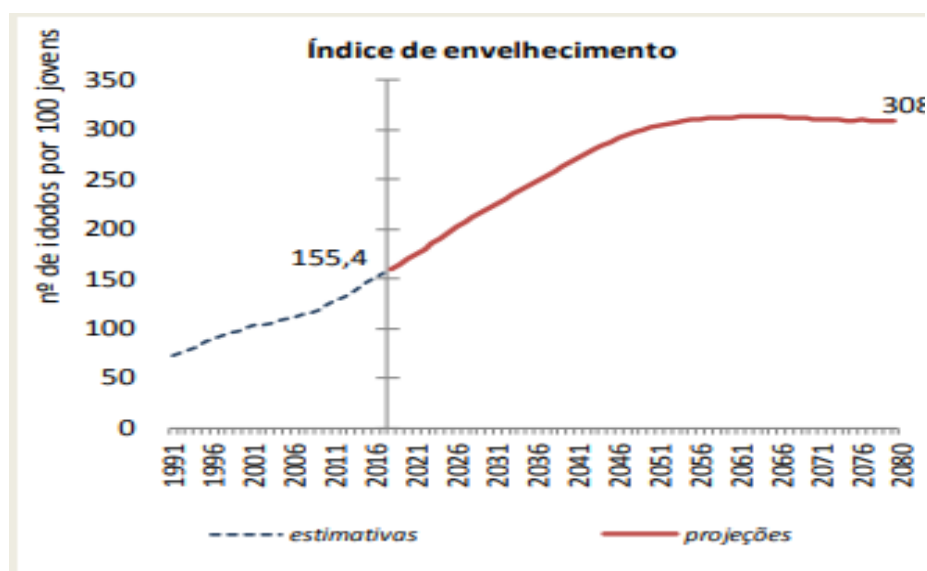
PARTE 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – Envelhecimento

Nas sociedades ocidentais, e em particular Portugal, nos finais do século XX ocorreu uma evolução demográfica o que levou a um envelhecimento global da população. Esta evolução está associada principalmente ao desenvolvimento da medicina, ao facto das populações adotarem estilos de vida saudáveis e sobretudo à diminuição das doenças infecciosas, que acabam por ter um impacto direto na esperança média de vida das populações, levando ao seu aumento. Além dos factos acima descritos, podemos associar a emancipação das mulheres que levou a uma diminuição do índice de fecundidade e por conseguinte a uma diminuição do número de nascimentos.

Segundo as previsões do INE (2018), o envelhecimento deverá acentuar-se, quer pela diminuição dos jovens na população total, quer pelo aumento de população com 65 ou mais anos. Quando observamos o índice de envelhecimento, que faz a comparação entre a população idosa e a jovem, constatamos que a mesmo poderá duplicar entre 2017 e 2080, passando de 155 para 309 idosos por cada 100 jovens, conforme verificamos na figura 1

Figura 1- Índice de envelhecimento em Portugal



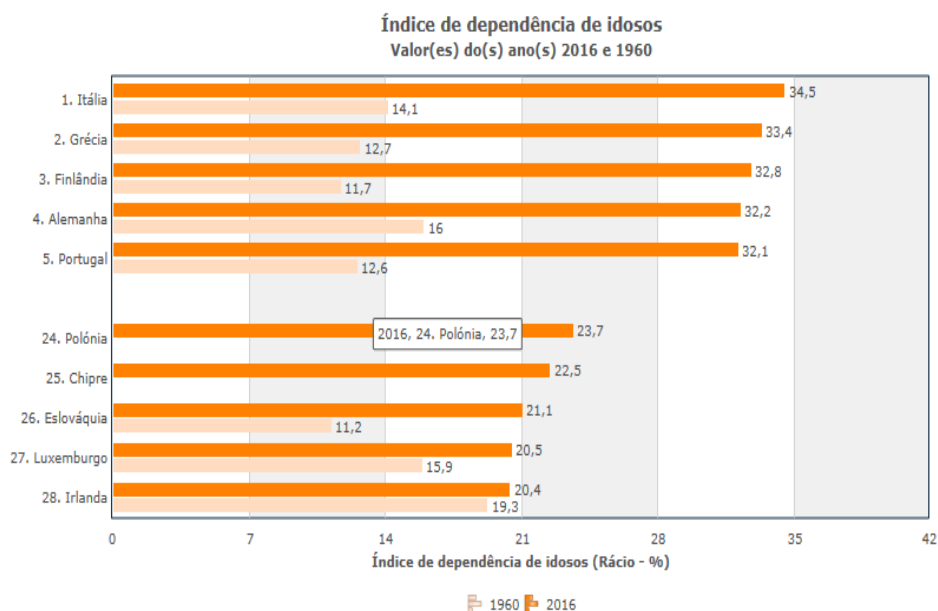
Fonte: Destaque INE (2018)

A todo este processo que está a ocorrer mundialmente, os especialistas denominam-no como “*envelhecimento dos idosos*”, Giddens (2004).

Perante o envelhecimento dos indivíduos nos países mais desenvolvidos, associado a um aumento das doenças crónicas irá ter um impacto direto quer na dependência quer na incapacidade, fazendo emergir a necessidade de respostas quer a nível de saúde quer a nível social, de modo a minimizar as sequelas que podem ter impacto direto numa vida autónoma e independente. Toda esta conjuntura leva a uma mudança de paradigma que existia até agora.

Com base nos dados da PORDATA (2016), Portugal é considerado o 5º país da União Europeia com o maior índice de dependência no idoso, ou seja, referimo-nos à relação entre o número de idosos e o número de pessoas em idade ativa, com o valor de (32,1%), só ultrapassado pela Itália (34,5 %), Grécia (33,4%), a Finlândia (32,8%) e a Alemanha (32,2%) conforme ilustra a figura 2.

Figura 2- Relação entre o nº de idosos e o número de pessoas em idade ativa



Fontes/Entidades: Eurostat | NU | Institutos Nacionais de Estatística, PORDATA

Fonte: PORDATA (2016)

Segundo O Artigo 3.º do Decreto – lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, a dependência *“é a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, as actividades de vida diária”*.

Em suma, podemos afirmar que nos países desenvolvidos, o envelhecimento das populações, associado a eventos que levam à incapacidade e dependência nos idosos, o aumento das doenças terminais aliado a situações de carência social acarretam uma mudança no perfil, quer na necessidade de obtenção de cuidados de saúde quer na procura dos mesmos e por conseguinte induzem ao desenvolvimento de outras necessidades das quais emergem os cuidados de longa duração. (Cervera *et al.* 2010).

Segundo Cervera *et al.* (2010), quando se fala em integração efetiva entre os cuidados continuados e o sistema de saúde é essencial que ocorra uma adaptação à mudança, que está em curso, assim como haja a criação de novas metodologias de trabalho para que se consiga dar uma resposta atempada às necessidades sociais e de saúde da população.

2 - Cuidados continuados

Estamos perante uma realidade na nossa sociedade: uma elevada e crescente necessidade de cuidados de saúde especialmente os designados de longa duração, face a esta realidade, os vários países desenvolveram diferentes estratégias para dar uma resposta atempada às necessidades que vão surgindo, assim como houve necessidade de adotar diferentes modelos de prestação de cuidados. Estas diferenças surgem de acordo com a própria definição de cuidados, de modelos de prestação de serviços assim como dos seus intervenientes, ou seja, diz respeito essencialmente à estrutura política de cada país, quer a nível da saúde quer a nível da segurança social. (Nogueira, 2009)

Nos países da OECD, os cuidados que incluem respostas sociais e de saúde são denominados de *Long Term Care* (LTC), ou seja, cuidados de longa duração.

A OECD define como LTC todos os serviços dirigidos a indivíduos dependentes nas suas atividades de vida diárias, dependência essa que pode ser física ou mental, e

tendo em conta aspetos associados à prevenção da doença, reabilitação dos indivíduos e cuidados paliativos. (OECD,2012)

Por sua vez, a OMS define como LTC, as ações dirigidas a indivíduos cuja capacidade para o autocuidado está alterada a longo prazo, levando a que estes necessitem de cuidadores formais ou informais, podendo ou não ser profissionais de saúde. (OMS, 2002)

Por último, a Comissão Europeia considera que os LTC deveriam ser dirigidos a indivíduos com manifesta incapacidade e dependência, devido essencialmente à presença de doenças crónicas, de incapacidade tanto física como mental. (Nogueira, 2009).

Os cuidados continuados são uma realidade não só de Portugal, mas também em vários países, e surgem para colmatar uma lacuna entre a atuação dos cuidados primários e os hospitalares com a finalidade de dar resposta às necessidades de dependência e incapacidade dos indivíduos, assim como contribuem para uma diminuição dos internamentos desnecessários em hospitais de agudos (Nogueira, 2009), pois este tipo de cuidados acabam na sua maioria por se posicionar entre dois tipos de cuidados os hospitalares e os primários (PNS, 2012)

No Plano Nacional de Saúde 2012-2016, estes cuidados são descritos como uma tipologia de cuidados que são prestados a todos os indivíduos dependentes ou com incapacidade, nos diferentes momentos e circunstâncias de vida, além de darem resposta a problemas que surjam na esfera social.

De acordo, com o Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho, os cuidados continuados são definidos como um: *“conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”*, ou seja, deverá haver uma relação muito próxima entre as intervenções da saúde e do apoio social, sempre como objetivo de dar respostas ao indivíduo tendo em conta a sua *“reabilitação, readaptação e reinserção social”*. (Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho).

3- Caraterização dos modelos de cuidados continuados existentes no Reino Unido e em Espanha

Quando falamos de redes de cuidados continuados estamos na presença de um modelo de cuidados de saúde que foi priorizado por vários países, com a finalidade obter respostas às necessidades da população.

Dos modelos de cuidados continuados que existem escolhemos o do Reino Unido, o *NHS Continuing Healthcare*, devido á sua dimensão, e o da região da Catalunha, a *Atenció Sociosanitària*, pela semelhança com o modelo adotado por Portugal.

3.1. - Reino Unido – O NHS Continuing Healthcare

O NHS Continuing Healthcare surge no Reino Unido, com o objetivo de oferecer uma resposta ajustada entre os dois sistemas: o da saúde e o social. Devido a uma procura cada vez mais elevada de cuidados continuados no Reino Unido, este modelo surge com a finalidade major de prestar cuidados de saúde a todos os indivíduos que deles carecem. Estes indivíduos, de acordo com UK Department of Health (2012), têm acesso aos serviços de cuidados continuados com base num modelo único de elegibilidade. Este modelo tem como propósito identificar a necessidade de cuidados continuados dos indivíduos, tanto a nível de saúde como sociais.

Para tal é realizado uma avaliação da situação, numa primeira fase é aplicado um instrumento de avaliação designado *CheckList* (Anexo I).

Este questionário tem o objetivo de avaliar se existe alguma necessidade de saúde do indivíduo para poder referenciar para o NHS *Continuing HealthCare*, posteriormente, e de acordo com o UK Department of Health (2012), se existirem critérios é aplicado um segundo instrumento de avaliação denominado *Decision Support Tool* (Anexo II), este instrumento, tem parâmetros de avaliação mais específicos e rigorosos, dão resposta a quatro componentes de avaliação fundamentais: *natureza da necessidade*; *complexidade da necessidade*; *intensidade da necessidade* e *imprevisibilidade da necessidade*. Esta avaliação fornece dados essenciais para conhecermos as reais necessidades de saúde do indivíduo e ajustar os cuidados às verdadeiras necessidades.

Mas se ocorrer uma evolução rápida da doença, em que surge uma alteração nas condições iniciais do doente que podem ir mesmo a uma incapacidade do mesmo, o NHS permite aplicar um outro instrumento de avaliação, designado *Fast Track Tool* (Anexo III).

Este instrumento permite de acordo com as necessidades apresentadas, privilegiar o encaminhamento dos indivíduos para o NHS *Continuing HealthCare*. De acordo com o *NHS Improvement Stroke*, quando nos referimos ao *NHS Continuing Healthcare*, e mais concretamente à sua execução na prática clínica diária, deparamos com um aumento da demora média, ou seja, os utentes que necessitam de cuidados continuados permanecem mais dias nas instituições hospitalares, de qualquer modo o *NHS Improvement Stroke*, refere que na sua maioria as causas desta situação se deve principalmente a características das instituições e também de todo o processo que envolve a sinalização dos doentes e a sua referenciação.

Segundo Bryan et al (2010), as demoras médias hospitalares do Reino Unido são elevadas e por isso consideradas um problema de estrutura, perante toda esta situação, o Reino Unido depara-se com um problema: a utilização indevida de camas de agudos, esta situação decorre não só da ineficiência do sistema de saúde mas também da segurança social.

De acordo com os mesmos autores conseguiu-se determinar alguns fatores que influenciam o protelamento das altas, e consequentemente o aumento da demora média, destacamos a sinalização tardia dos doentes que necessitam de acompanhamento no domicílio, ou ao invés, a sinalização precoce e o indivíduo não reúne todos os critérios para a referenciação, mas também a falta de comunicação e articulação entre os vários serviços sociais e hospitalares, que por vezes são inexistentes. Além destes fatores juntam-se os problemas de recolha de toda a informação e documentação que todo este processo acarreta.

Anderson (2011), salienta também dificuldades a nível da avaliação das condições de elegibilidade do indivíduo, ou seja, o preenchimento dos instrumentos de avaliação como é o caso da *CheckList*, a *Decision Support Tool* e a *Fast Track Tool*. Pois o que acontece segundo Anderson (2011), se um instrumento for utilizado de forma inapropriada, vai alterar todos os outros, levando a erros processuais e alteração dos factos.

Este autor refere ainda que a maioria das avaliações são realizadas tardiamente, o que tem um impacto direto na demora média hospitalar, este facto surge, por falta de

capacidade em fazer uma correta avaliação da situação elegível para o *NHS Continuing Healthcare*.

Além das ferramentas para avaliação dos critérios de elegibilidade que estão disponíveis não estarem a ser utilizadas convenientemente, das quais se salienta a *CheckList* e a *Fast Track Tool*, poderá ser por não haver atribuição de competências bem definidas a nível institucional para a correta referência, aliado ao deficit de formação nesta área muito específica.

Esta demora média elevada em doentes que necessitam de cuidados continuados não se deve a um só fator, mais sim a um conjunto de fatores complexos (Anderson, 2011; Bryan, 2010, Dubffy et al, 2011)

3.2 – Espanha - Atenció Sociosanitària Català

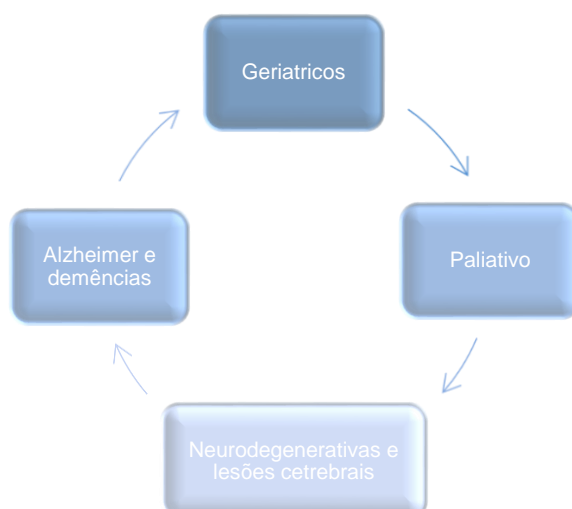
Tal como a maioria dos Países desenvolvidos, Espanha é detentora de um elevado índice de envelhecimento, assim como apresenta um número elevado de doenças crónicas, estas duas situações têm como consequência um elevado índice de dependência, todos estes fatores desencadearam a necessidade de procura de respostas a nível dos cuidados continuados.

A Rede de Cuidados Continuados *Atenció Sociosanitària Català* surge na Catalunha através do decreto-lei 242/1999 de 31 de Agosto com o objetivo de dar resposta de forma integrada tanto às necessidades de saúde apresentadas pelos indivíduos, como às necessidades sociais, fruto do envelhecimento populacional a que Espanha está sujeita.

Segundo Salvà- Casanovas et al. (2004), este modelo de cuidados permitiu não só prestar cuidados diferenciados na área geriátrica, como desenvolver competências na área de integração e promoção do trabalho multidisciplinar, garantindo a continuidade e a viabilidade.

De acordo com este autor a *Atenció Sociosanitària Català* estabelece para a sua atividade estratégica, quatro eixos fundamentais, onde são aplicados cuidados nas seguintes áreas, conforme descrito na figura 3.

Figura 3- Eixos da actividade estratégica da Atenció Sociosanitària Català



Adaptado de Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2011

Esta rede Catalã prevê de acordo com as orientações estratégicas aprovadas, as seguintes respostas de internamento (longa e média duração), de ambulatório (equipas de avaliação e suporte), todas elas acabam por ter como missão permitir adequar o acesso aos cuidados de saúde aos indivíduos.

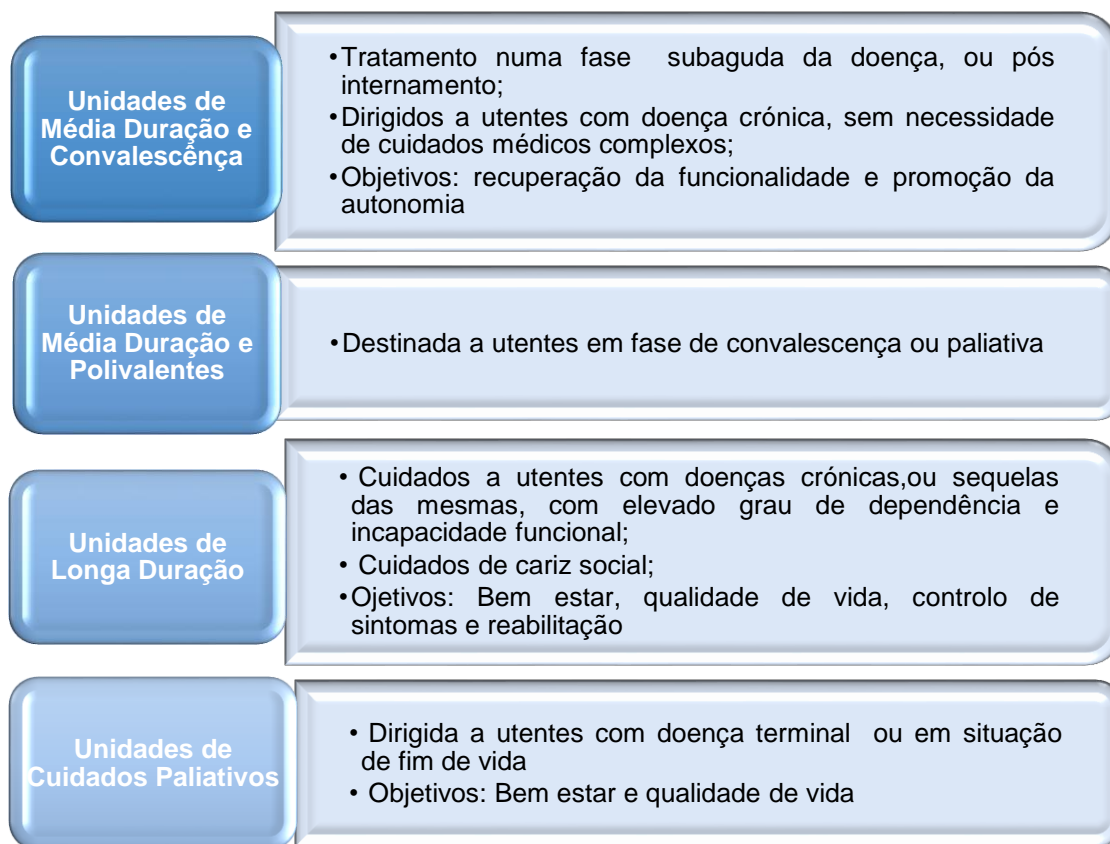
Quando falamos em internamento previstas a *Atenció SocioSanitària Català*, classificou-as da seguinte forma:

- *Unidades de Média Duração e Convalescença;*
- *Unidades de Média Duração Polivalentes;*
- *Unidades de Longa Duração;*
- *Unidades de Cuidados Paliativos.*

Todas estão preparadas para providenciarem alojamento, manutenção e essencialmente a contribuição nas atividades de vida diária dos indivíduos, tendo em conta os cuidados médicos que diferem de unidade para unidade, consoante as necessidades de saúde.

Quanto aos cuidados que se prestam em cada unidade, está ilustrado na figura 4.

Figura 4 - Tipologia e caracterização de cuidados



Adaptado de Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2011

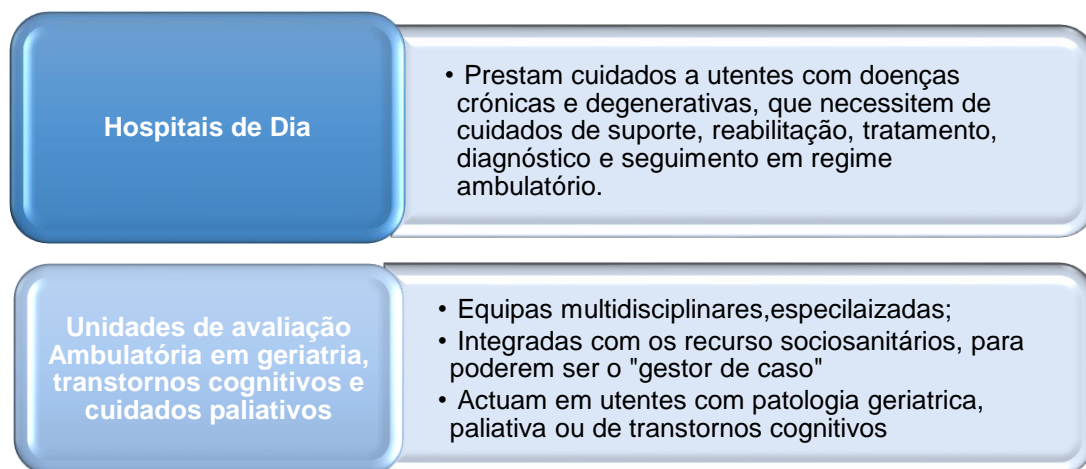
Em relação aos serviços domiciliários e de ambulatório, estes prestam cuidados a utentes idosos com doenças crónicas ou em situações de doenças terminais, que embora necessitem de algum apoio a nível de cuidados de reabilitação e de tratamento, estes podem permanecer no seu domicílio apenas com apoio especializado no período diurno.

Assim surgem, os seguintes cuidados:

- Hospitais de dia;
- Unidades de Avaliação Ambulatoria em geriatria, transtornos cognitivos e cuidados paliativos.

Quanto aos cuidados que se prestam em cada serviço domiciliário, estão descritos na figura 5.

Figura 5- Serviços domiciliários e ambulatório



Adaptado de Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2011

Tendo em conta as conclusões a que chegaram o *Conseil de Sector d'Atenció Sociosanitària em 2010*, a implementação da rede Sociosanitària na Catalunha, conseguiu originar alterações a nível do sistema de saúde. Quando falamos a nível hospitalar, houve um aumento em cerca de 60 % da demora média, especialmente em patologias como é o caso dos AVC e fraturas do colo do fémur.

Relativamente ao programa de apoio domiciliário, obteve resultados muito positivos de acordo com Arateko (2007), pois de acordo com um estudo que foi realizado a doentes com cancro em fase final, demonstra que as deslocações aos serviços de urgência foram diminuídas em 1/4. Estes resultados positivos são obtidos devido à intervenção da equipa multidisciplinares.

4- Rede Nacional de Cuidados Continuados

Em Portugal, a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) surge após criação do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho, e tem por base uma cooperação direta entre o Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

Este modelo foi elaborado, tendo como suporte o modelo de Rede de Cuidados Continuados *Atenció Sociosanitària Català*, ambos surgem com o intuito de dar uma resposta adequada às mudanças ocorridas na sociedade das quais destacamos a

redução da natalidade, associados a um aumento da esperança média de vida e consequentemente um aumento do envelhecimento da população.

4.1- Enquadramento da RNCCI

A RNCCI surge com o intuito de ser a referência na integração e articulação entre os dois ministérios, anteriormente referidos, tendo como objetivo a prevenção, a recuperação e a palição, toda esta estratégia está inserida no SNS, em que o estado é o principal promotor. Abrange todo o território de Portugal Continental e tem como principal objetivo solucionar um défice existente tanto a nível de cuidados de saúde como de suporte social, este modelo visa, promover uma série de novas abordagens organizacionais, tendo em conta um planeamento integral e uma prática multidisciplinar, que tem por base a atuação e a satisfação das necessidades dos cidadãos (UMCCI,2009).

Este modelo tem o propósito de responder às várias necessidades que ocorram nos diferentes grupos de indivíduos, que na sua maioria se encontram em diferentes fases tanto da sua doença, como dos estadios do seu ciclo de vida. Este modelo tem como finalidade ser motivador de autonomia para os indivíduos que dele necessitam, assim como para as suas famílias e/ou prestadores envolvidos, pois o grande objetivo é aumentar a capacidade e a competência para coordenar situações de doença crónica e de muitas vezes associada à incapacidade funcional. A efetivação de um modelo como este, com todas as particularidades e objetivos, deverá ter como desígnio principal fazer uma verdadeira integração entre os cuidados hospitalares, os cuidados comunitários e os cuidados primários. Para tal torna-se crucial, começar com a criação de equipas multidisciplinares que sejam portadoras de capacidade e de competência técnica tanto para avaliar as situações que vão ocorrendo como para responder atempadamente e eficazmente a todas as solicitações dos indivíduos, tendo sempre como objetivo, melhorar quer o acesso quer a própria articulação entre os cuidados de saúde e os cuidados sociais, garantindo desta forma a qualidade dos cuidados prestados, independentemente das diferentes tipologias de resposta, pois é essencial não esquecer o grau de dependência, funcionalidade e carência social (UMCCI, 2010; OPSS, 2009).

4.2- Criação e Implementação da RNCCI

A RNCCI, como já foi referido anteriormente, foi criada por Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, no âmbito de competências do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade e da Segurança Social, tendo como objetivo ser uma referência estratégia nacional inserida no SNS, de índole intersectorial entre o público e o privado, não esquecendo as necessidades políticas definidas tanto para o sector da saúde como para a o social.

A sua composição é constituída por instituições públicas e privadas cuja missão é *“a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”*. (Decreto- Lei nº 101/2006, de 6 de junho). Esta prestação de cuidados pode ocorrer tanto no domicílio ou em unidades próprias. É composta por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, assim como por unidades cuidados paliativos ou de intervenção social. Por isso foi definido como grande objetivo da sua atuação, *“a prestação de cuidados integrados a pessoas que, independentemente da sua idade, se encontrem em situação de dependência”* (Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho).

Perante esta realidade, o Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho, que regulamenta e concebe a RNCCI, determina como políticas de saúde e sociais aquelas que possibilitem:

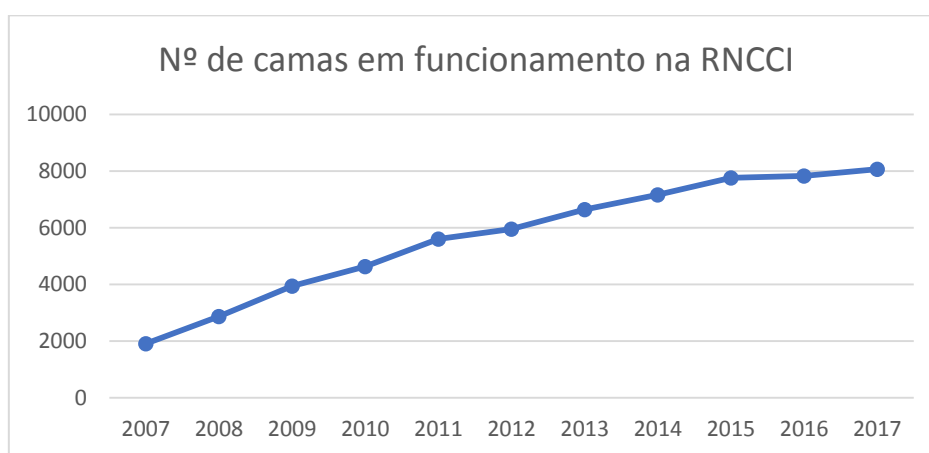
1. Desenvolver ações de proximidade com os indivíduos tendo em conta a sua dependência;
2. Investimento nos cuidados de longa duração, tendo em conta uma resposta equitativa;
3. Dignificar e tornar mais humana a prestação de cuidados;
4. Agilizar com os recursos existentes nos locais, o apoio comunitário para a população que sejam de proximidade com a mesma.

Perante toda esta situação descrita anteriormente, e tendo como horizonte conseguir responder às lacunas acima identificadas, é crucial realizar um esforço para prevenir e reduzir as situações de dependência, seja ele de cariz social ou de saúde, assim como adquirir meios para promover a reabilitação e o potencial de funcionalidade dos indivíduos, pontos estes que se tornaram basilares não só para a criação como para a implementação da RNCCI. (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho)

Para realmente ser percecionado os números que envolvem a RNCCI, no final do 1º semestre de 2017 existiam 14325 lugares na RNCCI, sendo que destas 6203 são respostas domiciliarias e 8122 são camas em funcionamento, neste número estão incluídas 10 camas para a Unidade de Internamento Pediátrica, só na região Norte, e 40 camas de Saúde Mental, mas ainda em experiência piloto.

Quando nos referimos às camas disponíveis desde 2007 até 2017, constatamos que o número das mesmas, tem vindo a aumentar de ano para ano, conforme demonstra a figura 6.

Figura 6- Número de camas em funcionamento na RNCCI

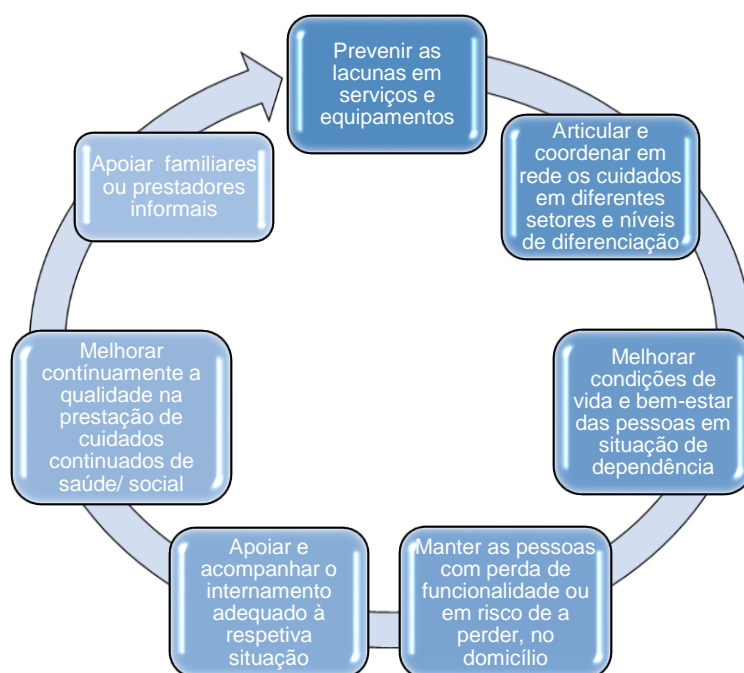


Fonte: Adaptado da ACSS

4.3 - Missão e objetivos da RNCCI

A missão da RNCCI, é de carácter intersectorial e tem como base uma sólida prestação de cuidados ao individuo com necessidade da sua intervenção. Surge aqui a necessidade de investir no envolvimento do individuo/família/cuidador, na participação ativa do plano de cuidados preconizado pela equipa multidisciplinar, é aqui que estas equipas, têm um papel fundamental pois conseguem dotar o individuo/família/cuidador de competências essenciais a esta nova fase da sua vida, seja de reabilitação ou de manutenção das capacidades funcionais, ou até mesmo, em situações de fim de vida. Para tal, a RNCCI estabeleceu objetivos específicos que se propõe alcançar, conforme podemos observar resumidamente na figura 7. (UMCCI, 2009; Artigo 4.º do Decreto – lei n.º 101/2006 de 6 de Junho).

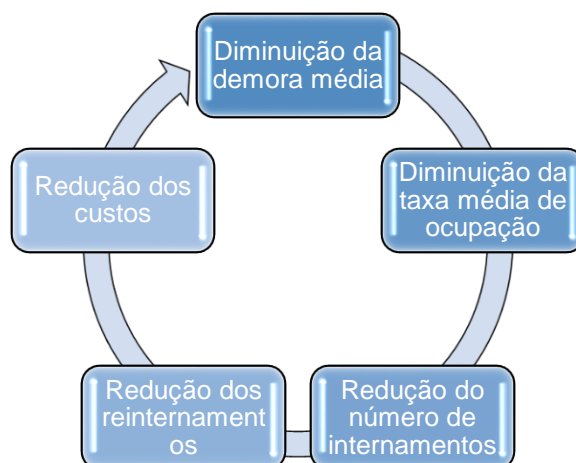
Figura 7 - Objetivos específicos da RNCCI



Fonte: Adaptado da UMCCI, 2009

Além dos objetivos enumerados anteriormente, a UMCCI (2009) de forma a assegurar a toda os indivíduos o acesso aos cuidados de saúde, especialmente os mais vulneráveis, estabeleceu os seguintes objetivos estratégicos, como se apresentam de forma esquemática na figura 8. (UMCCI, 2009; Artigo 4.º do Decreto – lei n.º 101/2006 de 6 de Junho).

Figura 8 - Objetivos estratégicos da RNCCI



Adaptado da UMCCI, 2009

Perante estes objetivos estratégicos delineados, é esperado que surjam benefícios que se traduzam em melhoria na saúde da população, para tal é essencial que sejam criadas soluções a dois níveis: da saúde e social, que devem ser adaptadas aos indivíduos que encontram numa contexto de dependência, através de um aumento da prestação de cuidados integrados, além destes, é necessário também investir nos cuidados de manutenção e reabilitação no domicílio. Toda esta conjuntura permitirá reduzir a procura dos serviços hospitalares devido ao grau de dependência dos indivíduos, evitando assim internamentos desnecessários, e assegurando aos indivíduos uma melhoria na sua qualidade de vida. (UMCCI, 2009; Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho; PNS, 2010).

4.5 - Modelo de coordenação e gestão da RNCCI

Quando nos referimos ao modelo de prestação de cuidados da RNCCI não nos podemos esquecer que esse modelo pressupõe a integração e a articulação entre as várias unidades e as várias equipas prestadoras, independentemente da área, não esquecendo que o seu âmbito de intervenção abarca os diferentes níveis de saúde, de serviços e vários tipos de unidades. Por esta razão é fundamental existir uma apropriada articulação entre todos os agentes e setores pois só assim se pode garantir uma correta alocação quer das equipas, quer dos recursos da RNCCI tendo em conta as necessidades identificadas. (UMCCI, 2009).

Quando nos referimos à coordenação da RNCCI esta desenrola-se em três categorias diferentes: a nível nacional, regional e local. A nível nacional, esta coordenação é efetuada, atualmente, pela Equipa de Coordenação Nacional da RNCCI, sendo posteriormente operacionalizada a nível regional pelas Equipas de Coordenação Regional (ECR) e a nível local pelas Equipas de Coordenação Local (ECL). Cada equipa coordenadora têm competências e áreas de influência específicas, não colidindo o seu raio de ação.

À Equipa de Coordenação Nacional da RNCCI compete: coordenar e implementar as políticas de saúde definidas para a RNCCI em conformidade com ambos os Ministérios, não esquecendo a articulação entre a RNCCI e as instituições prestadoras de cuidados, quer sejam sociais ou de saúde.

Quando nos referimos à coordenação a nível regional, esta ocorre de acordo com as competências da ECR, que assegura a comunicação entre a Equipa de Coordenação Nacional da RNCCI e as ECL e de modo a garantir eficazmente o

planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da RNCCI, conforme estão sintetizadas na figura 9.

Figura 9 - Competências da ECR

Equipa de Coordenação regional	Divulgar a informação oà população sobre a RNCCI
	Análisar as propostas para RNCCI
	Acompanhar e controlar a execução financeira
	Garantir a qualidade dos cuidados prestados
	Monitorizar e controlar as atividade prestada
	Garantir a equidade e adequar o acesso à Rede
	Formar os Profissionais
	Plano Regional de implementação e previsão orçamental
	Garantir a articulação entre entidades e parceiros

Adaptado de UMCCI, 2009 – art.º 10 do DL n.º 101/2006, de 6 de junho

A nível local, essa competência passa pela ECL que tem como desígnio: a gestão da coordenação e articulação entre as ECR e de forma a assegurar o acompanhamento e avaliação das atividades e recursos a desenvolver no seu âmbito de referência, as competências da ECL estão descritas na figura 10. (UMCCI, 2009).

Figura 10 - Competências da ECL

Equipa de Coordenação local	Assegurar a articulação das unidades ao nível local
	Apoiar e acompanhar o cumprimento dos contactos
	Assumir os fluxos de referência dos utentes da Rede
	Assegurar a preparação das altas
	Apoiar e acompanhar a utilização dos recursos da rede
	Promover parcerias para a prestação de CCI

Adaptado de UMCCI, 2009 – art.º 10 do DL n.º 101/2006, de 6 de junho

4.6 - Tipologias de cuidados na RNCCI

Tendo em conta tanto a prestação de cuidados como o apoio social, e para suprimir esta carência, a RNCCI providenciou várias tipologias, consoante a necessidades dos utentes, essas tipologias são: unidades de internamento, de ambulatório, as equipas hospitalares e as domiciliárias, que estão representadas esquematicamente na figura 11.

Figura 11 - Tipologias existentes na RNCCI



Fonte: UMCCI, 2009 - DL n.º 101/2006, de 6 de junho

Embora cada uma destas tipologias sejam detentoras das suas próprias funções, acabam por se complementar entre si, e nunca esquecendo que a grande finalidade de qualquer destas tipologias seja potencializar os ganhos em saúde e essencialmente maximizar a gestão de altas dos hospitais.

Conforme se verifica na figura 11, as unidades de internamento subdividem-se em Unidades de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e Unidades de Cuidados Paliativos (UCP). Em relação às Equipas Hospitalares estas são constituídas pelas Equipas intra-hospitalares de suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP). Quando nos referimos ao âmbito domiciliário, estes são constituídos por Equipas Comunitárias de

Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), a nível ambulatorio existem Unidades de Dia e Promoção de Autonomia.

Em relação às Unidades de internamento:

As UC, são unidade que podem tanto ser independentes, como podem estar integradas num hospital de agudos, segundo o preconizado pela UMCCI (2009), têm como grande objetivo a estabilização e/ou recuperação clínica e funcional dos indivíduos, por este motivo, a referenciação para este tipo de unidades deve contemplar os apenas os indivíduos que se encontrem numa fase de recuperação de um evento agudo ou de uma reincidência de um evento crónico, e que apresentem um elevado potencial de reabilitação, ou seja, que o plano terapêutico para o individuo tenha um previsão até 30 dias. As Unidades de Convalescença são caracterizadas como: *“uma unidade de internamento independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónicos”* (cfr. artº 13 do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho),

Relativamente às UMDR, estas têm como propósito dar uma resposta atempada às necessidades transitórias do individuo, essencialmente promovendo a reabilitação, o apoio psicossocial e investindo na autonomia. Para este tipo de cuidados pressupõe-se, previsivelmente, um período de internamento entre os 30 dias e os 90 dias. As UMDR, são definidas como: *“uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável”* (cfr. artº 15 do Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho).

Em relação às ULDM, os cuidados têm o seu enfoque preferencialmente na prevenção ou diminuição que o impacto da situação de dependência pode causar ao individuo. Este tipo de unidade é essencialmente destinado a indivíduos portadores de múltiplas doenças crónicas, que por consequência da sua doença apresentem alguma dependência assim como vários graus de complexidade, e que por conseguinte não estejam reunidas as condições essenciais para esta prestação de cuidados serem prestadas no domicílio. As ULDM são definidas: *“ A unidade de longa duração e*

manutenção é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio “. (cfr. artº 17 do Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho). Os tempos de internamento preconizados para esta tipologia são superiores a 90 dias.

Por último, os Cuidados Paliativos têm como meta prestar cuidados, tratamento e acompanhamento paliativo aos indivíduos que pela complexidade e sofrimento inerentes à sua situação de doença, se encontram em fim de vida ou em estágio avançado de doença incurável e necessitem de uma orientação e de um plano terapêutico paliativo. Este tipo de unidade é definido como: *“Uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva”.* (cfr. artº 19 do Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho)

No âmbito hospitalar, estão presentes as EIHS CP e a EGA, a primeira tem como grande objetivo providenciar assessoria técnica especializada em cuidados paliativos. A sua ação é transversal a todos os serviços hospitalares, e na sua constituição fazem parte vários elementos de diferentes grupos profissionais, tendo como critério essencial a formação em cuidados paliativos.

Em relação à EGA, é uma equipa hospitalar multidisciplinar cuja finalidade é a preparação das altas hospitalares, através da articulação com outros serviços para que no momento da alta clínica, os utentes tenham assegurados um seguimento para os seus problemas de saúde e sociais, sejam eles prestados no domicílio ou em instituições. Esta equipa deve ser constituída, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um assistente social (art.º23 do DL nº101/2006, de 6 de junho).

Ao nível do domicílio, atuam igualmente as ECCL, que são constituídas por uma equipa multidisciplinar, e que estão integradas nos cuidados de saúde primários. Estas equipas visam a prestação de cuidados a indivíduos que estejam a vivenciar uma situação de dependência funcional, de uma doença terminal ou até mesmo que estejam num processo de convalescença, nestas situações a prestação de cuidados é realizada no domicílio do indivíduo. As ECCL, segundo a UMCCI (2009) e de acordo com o preconizado no Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho, devem ser constituídas por elementos com competência no âmbito dos cuidados paliativos, para poderem

proporcionar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos. Decorrente deste facto, estas equipas podem assumir-se igualmente como ECSCP

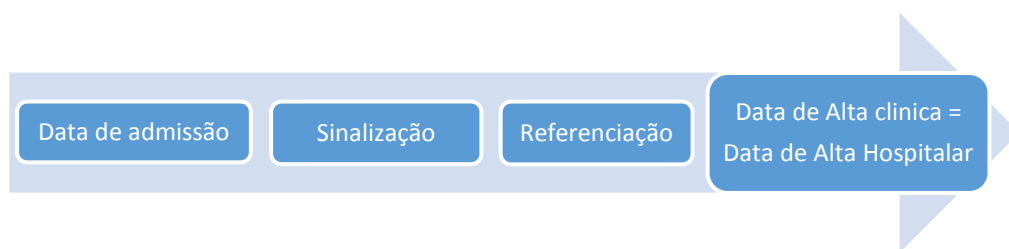
Relativamente aos serviços prestados em ambulatório, de acordo com a UMCCI (2009), as Unidades de dia e de promoção da autonomia, surgem com o intuito de dar uma resposta em relação á promoção da autonomia dos indivíduos que estejam a vivenciar uma experiência de dependência transitória, mas pelo seu contexto sociofamiliar, é possível prestar os cuidados necessários em regime de ambulatório

4.7 - Sinalização, referenciação e admissão na RNCCI

Todo este processo de referenciação de um individuo para a RNCCI, deverá seguir uma uniformidade de procedimentos, visando a garantia dos cuidados de uma forma fácil e atempada. Para dar resposta a todos estes pressupostos, o processo é realizado inicialmente pelas Equipas de Gestão de Altas (EGA), em meio hospitalar, ou pelas equipas dos ACES, na comunidade, e seguidamente o processo transita para a ECL e por fim para a ECR.

A sinalização dos utentes nos hospitais é efetuada pela equipa multidisciplinar para a EGA, esta deverá ser realizada o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras 48 horas após o internamento, ou 48 horas antes da alta hospitalar quando os cuidados estão programados para o domicílio, e não no dia da alta clinica para que esta equipa consiga agilizar todos os meios para garantir que o utente ao sair do hospital tenha garantidos todos os cuidados de saúde que ainda possa necessitar, conforme está esquematizado na figura 12. (UMCCI, 2009)

Figura 12 - Processo normal de internamento de um utente



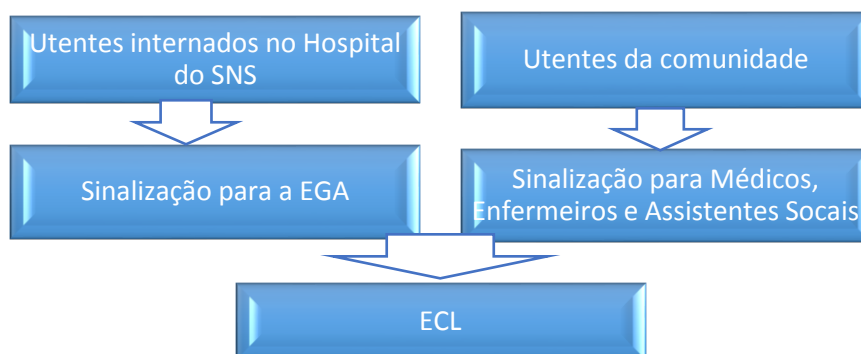
Adaptado da UMCCI, 2009

A EGA esforça-se para que a data de alta clinica corresponda á data de alta hospitalar, tentando assim evitar os adiamentos da alta do doente, pois esse

protelamento vai causar um impacto negativo na demora média do internamento hospitalar.

Na comunidade, a sinalização é realizada pelos elementos dos Centros de Saúde, e não difere muito da que ocorre a nível Hospitalar, conforme demonstra a figura 13, esta equipa posteriormente envia o processo para a ECL, sendo que esta avalia o processo e verifica se o processo reúne os critérios de referenciação e envia para a ECR.

Figura 13 - Processo de referenciação para a RNCCI

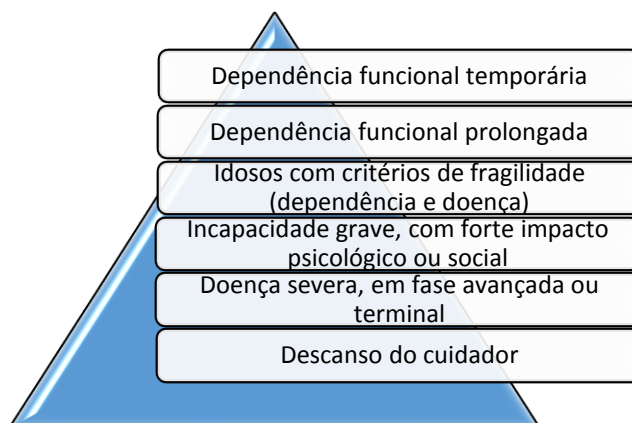


Adaptado da UMCCI, 2009

Ambas as equipas referenciadoras após avaliação do utente preenchem na plataforma da RNCCI (Gestcare CCI), as avaliações dos vários profissionais (médico, enfermeiro, assistente social) e remetem o processo para a ECL que avalia toda a situação do utente e verifica se a mesmo reúne critérios de referenciação

Para que ocorra uma correta referenciação para a RNCCI, os indivíduos têm que reunir alguns critérios conforme descritos na figura 14.

Figura 14 - Critérios de referenciação para a RNCCI



Adaptado da UMCCI, 2009

4.8 – Financiamento da RNCCI

O modelo de financiamento da RNCCI, *“compete ao Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (atual ACSS, IP) assumir todos os encargos orçamentais decorrentes das instalações e do funcionamento da UMCCI, bem como cativar verbas para o financiamento da RNCCI, através das receitas oriundas dos jogos sociais, afetas aos projetos dos cuidados de saúde e às pessoas idosas e cidadãos em situação de dependência”*. (UMCCI, 2009)

A RNCCI é regida por um modelo de financiamento próprio, que define o financiamento das unidades e equipas, financiamento esse que depende quer do funcionamento quer das respostas, ou seja, depende da função, do tipo e da complexidade dos cuidados prestados, onde se pode englobar as comparticipações quer do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, quer Ministério da Saúde e também dos próprios utentes.

.As Unidades de Media Duração e Reabilitação (UMDR), as ULDM, as Unidades de Dia e Promoção da Autonomia (UDPA) e as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) são financiadas pelo MTSS e pelo MS, sendo o financiamento das restantes tipologias de cuidados prestados da responsabilidade exclusiva do MS.

Em relação ao contrato realizado com as entidades prestadoras de cuidados, este estabelece que o pagamento é realizado com base numa diária, sendo que esta é fixada em portaria por ambos os ministérios. Os preços são diferentes dependendo da tipologia de cuidados, do que é estabelecida de acordo com uma estimativa dos custos a se assegurado pelas entidades prestadoras.

Para a efetivação da RNCCI, houve a necessidade de estabelecer parcerias quer com entidades públicas quer privadas, dependendo das capacidades dos parceiros.

De todos os acordos celebrados, as Santas Casas da Misericórdia são as detentoras da maioria dos acordos celebrados, seguidas das Instituições Particulares de Solidariedade Social e das Instituições Privadas com fins lucrativos.

5 - Internamento Hospitalar

Um episódio de internamento define-se com permanência de um doente num hospital de agudos, isto é, é o período de tempo que se inicia no dia da sua admissão até ao dia em que tem alta.

Quando nos referimos a doente internado consideramos todo o indivíduo que é admitido num estabelecimento hospitalar e que ocupa uma cama quer esta seja em regime de internamento, com a finalidade de investigação diagnóstica, quer seja para ser submetido a tratamento (Portaria n.º 132/2009).

Quanto ao tipo de admissão, esta pode ser:

- Admissão programada, em que o doente é admitido no internamento vindo de um serviço de consulta médica e a entrada no internamento é feita com prévia marcação;
- Admissão não programada, este tipo de internamento o doente é proveniente do Serviço de Urgência e dando entrada no internamento sem prévia marcação

A Portaria n.º 132/2009 de 30 de Janeiro considera que, para efeitos de facturação do hospital, os internamentos devem ter duração mínima de vinte e quatro horas, excetuando-se três situações: falecimento, altas contra parecer médico ou por transferência inter hospitalares.

Em Portugal os episódios agudos de doença que recebem tratamento em regime de internamento são classificados em GDH.

5.1 - Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH)

Os GDH surgem em Portugal, após um acordo entre o Ministério da Saúde e a Universidade de Yale, para adaptação dos Diagnosis Related Groups (DRG), ao sistema português. Este sistema de classificação de doentes tem como o objetivo principal agrupar os doentes em classes homogéneas tendo linha de conta tanto as características clínicas como as de consumo de recursos associados ao episódio de internamento, servindo como base no financiamento do sistema de saúde norte-americano (ACSS, 2012).

Segundo a ACSS os Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) podem definir-se como: *“um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em grupos clinicamente coerentes e homogéneos do ponto de vista do consumo de*

recursos, construídos a partir das características diagnósticas e dos perfis terapêuticos dos doentes, que explicam o seu consumo de recursos”. (ACSS, 2018).

Os GDH utilizam como fonte de informação os resumos de alta, ou seja, a cada episódio de internamento é atribuído um GDH, que é obtido através do resumo de alta do utente, onde consta especificamente: diagnóstico principal (o que levou à sua admissão), diagnósticos secundários (outros diagnósticos identificados que podem causar complicações ou comorbilidades), procedimentos cirúrgicos, idade, sexo, destino após a alta e peso à nascença, no caso de se tratar de recém-nascidos (Costa et al, 2008).

Em Portugal, os episódios agudos de doença tratados em internamento são classificados em GDH. Tendo em conta a duração dos internamentos, para cada GDH foram determinados limiares inferior e superior de tempo, o que permite considerar episódios de curta duração quando estes alcançam um período de tempo inferior ou igual ao mínimo definido, ou episódios de evolução prolongada se ultrapassarem o seu limite máximo (Portaria n.º 132).

Relativamente ao resultado dos cuidados prestados, o doente pode ser classificado em curado (sem ou com sequelas), melhorado, mesmo estado, piorado, falecido (nas primeiras 48 horas, com ou sem autópsia) ou indeterminado (casos de abandono ou alta contra parecer médico).

No que se refere ao destino após a alta pode ser para o domicílio, hospital de dia, consulta externa do mesmo ou de outro hospital, centro de saúde, outro hospital ou instituição com internamento, serviço domiciliário, saída contra parecer médico ou falecimento.

É importante enaltecer que este sistema de classificação surge para dar garantia, que os doentes com problemas similares lhe são prestados cuidados idênticos, tendo em conta o nível da produção de um hospital, pois apresentam padrões semelhantes de recursos, que permitam a sua enumeração, monitorização e comparação. Este sistema permite agrupar os doentes internados em classes, tendo em conta o consumo de recursos. Para cada classe, é realizado uma estimativa tendo por base o uso de recursos, e posteriormente é atribuído um valor fixo que será pago ao hospital (Santana, 2005; Mateus, 2010).

5.2- Demora Média Hospitalar

A OECD (2011) define demora média (DM) como sendo o número de dias que, em média, os doentes permanecem hospitalizados. O seu cálculo é efetuado dividindo-se o número total de dias de internamento hospitalar, contados a partir da data de admissão até a data de alta, pelo número total de altas (incluindo óbitos) num determinado ano

A DM é segundo o Grupo Técnico para a Reforma Hospital (2011), muitas vezes utilizada como um dos principais indicadores de eficiência Hospitalar, devido ao peso que tem um internamento na despesa de um hospital que ronda os 60%.

A duração de internamento tem sido utilizada, por diversos autores, tais como, Fetter et al. (1980), como unidade de medida do consumo de recursos, próximo das necessidades em saúde e um indicador de eficiência (OECD, 2011).

Para Kim et al. (2011) a principal consequência dos internamentos com DM superiores ao expectável além de terem implicações diretas nos custos, levando a um aumento dos mesmos, tem um elevado impacto tanto nas taxas de ocupação hospitalar, como no aumento da doença iatrogénica. Circunstâncias estas que comprometem os níveis de eficiência e de acesso, mas também tem implicações na qualidade e a segurança do doente.

Irshad et al. (2002) salientam que a utilização de uma cama num determinado serviço tem impacto no fluxo de doentes na instituição.

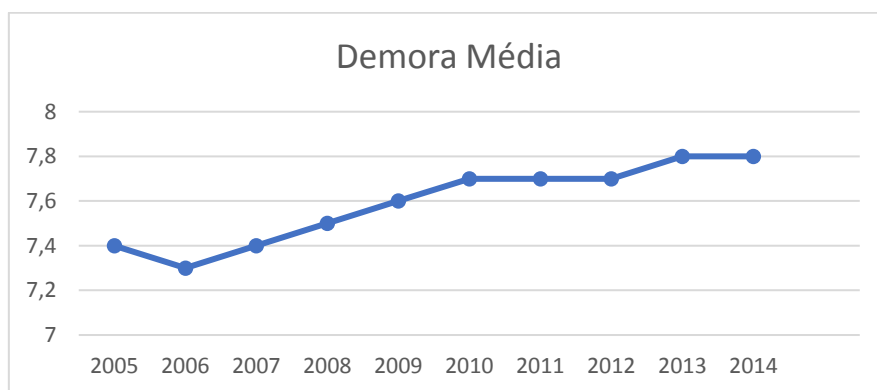
Lopes (2003) refere que existe uma estreita relação direta entre os dias de internamento e o consumo de recursos, ou seja, uma diminuição da DM permite reduzir os custos por doente e, por conseguinte rentabilizar os recursos.

Segundo Gilio et al. cit. por Arabi et al. (2002), quando os internamentos são muito prolongados podem ter impacto adverso na saúde dos doentes, levando a um aumento do risco de infeção e de complicações, afetando tanto a distribuição como a utilização dos recursos.

Conforme refere Shepperd *et al.* (2008) não existe apenas razões médicas para um aumento da DM de um internamento hospitalar, mas também um conjunto de razões não médicas.

Para Portugal, e de acordo com a DGS (2017), houve um aumento na DM hospitalar entre 2005 e 2014, de 7,4 para 7,8 dias, verificando-se um aumento de cerca de 4 % em 9 anos, conforme exemplificado na figura 15.

Figura 15 - Demora Média Hospitalar em Portugal de 2005 a 2014



Fonte: DGS (2017)

A DM hospitalar demonstra a existência de grande variabilidade quer seja a nível inter como intra institucional.

Gouveia (2003) citado por Sousa (2013), identifica vários fatores que têm um impacto direto na duração de internamento hospitalar:

1. Características dos doentes, dos quais se destaca: o sexo, a idade, a gravidade da doença, os rendimentos, a escolaridade;
2. Características das instituições prestadoras que se ressalva a dimensão quantitativa e qualitativa, categoria, propriedade;
3. Características dos profissionais, que se salienta tanto a experiência com a formação;
4. Características do sistema de saúde: o financiamento e a cobertura.

Além dos fatores acima enunciados, segundo Bryan *et al.* (2010) destacam que fenómenos caracterizados como *bed blocking* ou *delayed transfer* têm um impacto direto nas demoras médias de internamento levando a um aumento.

Este fenómeno caracteriza-se pela permanência num hospital mesmo quando o utente é considerado clinicamente estável e sem critérios de prestação de cuidados considerados agudos, carecendo apenas de cuidados continuados. Perante esta realidade, o impacto causado é enorme, levando ao aumento da demora nas altas hospitalares afetando a gestão de recurso hospitalares, a qualidade dos cuidados e acesso a cuidado ajustados e adequados.

Além dos fatores acima enunciados é de realçar o que o Tribunal de Contas (2009) refere no seu relatório em 2009: “*O facto da demora média ter aumentado entre 2007 e 2008, ano em que a Rede consolidou a sua implantação, permite concluir que a criação da Rede não terá provocado impactos significativos na descida da demora média dos internamentos hospitalares, por via da gestão de altas, integração e continuidade dos cuidados aos utentes hospitalizados*”.

Segundo Amado (2010) citado por Escoval *et al* (2010), ocorrem atrasos recorrentes no encaminhamento dos utentes para a RNCCI, e todo este processo tem-se demonstrado ineficaz, devido á burocracia e demora tendo um impacto direto quer nas taxas de ocupação na RNCCI quer na DM dos hospitais.

5.3 – Protelamento de alta

O protelamento de alta é uma problemática porque além de ter repercussões para o hospital pela ocupação indevida de camas por utentes que não necessitam de manter a sua permanência em meio hospitalar, leva a um aumento da DM que tem implicações para os próprios utentes, pois podem ocorrer eventos adversos como consequência desse protelamento.

Segundo vários autores dos quais destaco Monteiro (2014) e Rendeiro (2015) existe várias causas de protelamento de alta, das quais destaco:

- Limitações da segurança social;
- Dificuldades socioeconómicas das famílias/cuidadores;
- Elevado tempo de espera para ingresso em Lar;
- Tempos de espera elevados para integração na RNCCI,

PARTE 2 – METODOLOGIA

2. – Metodologia

Neste capítulo serão apresentados os objetivos do estudo, as hipóteses, as variáveis, a população alvo, a amostra e por fim a apresentação dos métodos e recolha dos dados.

2.1. – Objetivos do estudo

O presente trabalho de investigação tem como objetivo principal: Avaliar o impacto da referenciação para a RNCCI na demora média (DM) hospitalar, no período de 1 de Janeiro de 2015 a 31 de Dezembro de 2016 no Hospital Beatriz Ângelo (HBA)

Com o propósito de atingir o objetivo geral, em cima enunciado, elencamos como objetivos específicos:

- Caracterizar os episódios referenciados para a RNCCI pelo HBA, no período de 1 de Janeiro de 2015 a 31 de Dezembro de 2016 em termos de sexo, idade, proveniência dos utentes, tipologia de unidade para os quais os utentes são referenciados e tempo de sinalização à EGA.
- Analisar a DM dos episódios referenciados para a RNCCI pelo HBA, no período de 1 de Janeiro de 2015 a 31 de Dezembro de 2016;
- Calcular a DM dos dez GDH com maior número de referenciações para a RNCCI, no período de 1 de Janeiro de 2015 a 31 de Dezembro de 2016;
- Comparar a DM dos utentes referenciados para a RNCCI com os utentes não referenciados, nos dez GDH com maior número de referenciações, no mesmo período de tempo.
- Calcular os dias de protelamento de alta dos utentes referenciados para a RNCCI, no período de 1 de Janeiro de 2015 a 31 de Dezembro de 2016;
- Comparar os dias de protelamento de alta dos doentes referenciados para a RNCCI com os doentes não referenciados, nos dez GDH com maior número de referenciações, no mesmo período de tempo.

2.2- Tipo de estudo

De acordo com os objetivos do estudo, anteriormente enunciados, foi realizado um plano de investigação de natureza quantitativa, por considerar que é o que melhor se adaptava ao estudo que pretendia efetuar.

Segundo Fortin (2009) a abordagem quantitativa caracteriza-se pela medida de variáveis e obtenção de resultados numéricos e tem ainda como finalidade “*contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos*”.

O estudo é do tipo retrospectivo, foram analisados dois anos, nomeadamente os anos 2015 e 2016, caso-controlo, pois compara dois grupos de utentes que estiveram internados, com uma análise descritiva analítica, observacional.

No plano de investigação pretendesse caracterizar os fenómenos observados, sem intervenção ou manipulação das variáveis por parte do investigador.

2.3 - Amostra do estudo

Tendo em conta as limitações temporais, o período que foi considerado para o estudo foi o ano de 2015 e 2016, o que permite verificar se houve alguma alteração em relação á referenciação de utentes para a RNCCI.

A População é constituída por todos os episódios de internamento no HBA no período de 2015 e 2016, sendo que a amostra estudada contempla os episódios de internamento no HBA, referenciados para a RNCCI e agrupados por GDH, em que foram excluídos todos os utentes com idades inferiores a 18 anos e todos as utentes grávidas/puérpera no período de tempo estudado.

Perante o acima referido, a amostra é não probabilística, sendo o critério de amostragem do tipo intencional, tendo sido escolhidas algumas características que a autora considerou relevantes para o estudo.

2.4- Hipóteses de estudo

A formulação de hipótese é essencial para haver um desenvolvimento de um estudo de investigação, pois mais não é que uma tentativa de confirmação dos factos que nos propomos observar.

Tendo em conta o estudo existe inúmeras dúvidas sobre a influência direta da RNCCI na duração dos internamentos assim como a eficiência de todo o circuito de referenciação.

Assim, as hipóteses serão do tipo dedutivo, pois baseia-se apenas num campo teórico, que procura comprovar deduções implícitas, perante este facto as hipóteses de investigação deste estudo são:

- A referenciação dos utentes internados no HBA para a RNCCI aumenta a DM Hospitalar;
- Os utentes internados no HBA referenciados para a RNCCI têm uma faixa etária mais elevada comparativamente aos não referenciados.

2.5- Caracterização das variáveis do estudo

As variáveis devem estar alinhados com a definição do problema, objetivos, hipóteses e com as referências bibliográfica.

Variável Dependente: Demora Média Hospitalar

Variáveis independentes: Referenciação para a RNCC, idade, sexo, proveniência dos doentes, tempo de sinalização à EGA, tempo entre a sinalização e a alta clínica, tipologia de referenciação, destino pós alta, protelamento de alta.

2.6 - Métodos de recolha e tratamento de dados

O processo de recolha de dados realizou-se através de requerimento ao Centro de Gestão do HBA e da EGA do número de episódios de internamento e o número de episódio referenciados para a RNCCI no período de 2015 e 2016, após parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do HBA. (Anexo IV)

Posteriormente, foi solicitado também ao Centro de gestão, os respetivos GDH dos doentes internados assim como dos referenciados para RNCCI durante o ano de 2015 e 2016.

O tratamento e análise dos dados decorreram entre o mês de maio e junho de 2018.

Os dados foram tratados informaticamente, sendo que foram utilizadas *software* estatístico- *Statistical Package for Social Science* (SPSS), o programa Microsoft Office Excell e o Microsoft Office Word

Tendo em conta que as variáveis dependentes são do tipo quantitativo e foram comparados dois grupos de utentes foi utilizado o teste t de Student e o teste de Qui Quadrado para amostras independentes.

Foi também utilizado o modelo de regressão linear múltipla, com o objetivo de verificar se na população alguma das variáveis independentes influenciam ou não a variável dependente.

Para proceder á análise estatística das relações entre as variáveis, optou-se por um nível de significância de 95%, para $p \leq 0,05$.

PARTE 3 – RESULTADOS

3 - Apresentação e análise de dados

Neste capítulo são apresentados os principais resultados obtidos no estudo, tendo em conta os objetivos previamente definidos.

Inicialmente apresenta-se a caracterização da amostra, caracterização dos GDH, demora média. Posteriormente a análise das demoras médias dos dez GDH mais referenciados no HBA, assim como o protelamento de alta dos doentes referenciados para a RNCCI comparativamente com os não referenciados.

3.1 - Caracterização da amostra

No decorrer dos anos de 2015 e 2016 foram internados no HBA um total de 41.032 utentes.

Da amostra estudada nestes dois anos foram internados 25975 utentes dos quais 13.066 no ano de 2015 e 12.909 no decorrer do ano de 2016. Destes 25.975 de utentes internados, 1.286 foram referenciados para a RNCCI (575 em 2015 e 711 em 2016)

Tabela 1 - Caracterização da amostra

Anos	População	Amostra	
		N/Referenciado	Referenciado
2015	13066	12.491	575 (4,4%)
2016	12909	12.198	711 (5,5%)
Total	25975	24.689	1.286 (4,9%)

Através da análise da tabela 1, constatamos que no ano de 2016 ocorreu uma subida no número de utentes referenciados para a RNCCI, houve uma subida de 136 que reuniram critérios clínicos e sociais para a referência. Podemos salientar nos anos de 2015 e 2016 foram referenciado 4,9 % dos utentes internados nesses dois anos, sendo que 4,4 % dos utentes internados no HBA em 2015 tiveram critérios para referência para a RNCCI, e esse número subiu para 5,5 % no ano de 2016.

3.1.1- Distribuição por sexo

Com o intuito de ver se existe associação entre sexo e a referência para RNCCI foi utilizado o teste de Qui-Quadrado, a análise foi realizada para o ano de 2015 e 2016 para verificar se existia alguma diferença nos dois anos em estudo, como ilustra as tabela 2 e 3.

Tabela 2 – Associação entre sexo e a referência para a RNCCI em 2015

	Não Referenciado (N=12491)		Referenciado (N=575)		χ^2	p
	N	%	N	%		
Sexo					2.271	.132
Masculino	6.152	49.3	268	46.6		
Feminino	6.339	50.7	307	53.4		

Tabela 3 – Associação entre o sexo e a referência para a RNCCI em 2016

	Não Referenciado (N=12198)		Referenciado (N=711)		χ^2	p
	N	%	N	%		
Sexo					.888	.347
Masculino	5.871	48.1	354	49.8		
Feminino	6.327	51.9	357	51.2		

De acordo com a análise das tabelas 2 e 3, o sexo mais referenciado para a RNCCI foi o sexo feminino, com 53,4% das referências em 2015 e 51,2% de referências em 2016, verificamos também que em ambos os anos a referência para RNCCI não se associa estatisticamente ao sexo em 2015 ($p>.05$).

3.1.2 - Distribuição por idade

Para ver se existe associação entre a idade e a referência para RNCCI foi utilizado o teste de Qui-Quadrado, esta análise foi realizada nos anos em estudo para averiguar se existia alguma diferença nos dois anos em estudo, como se observa nas tabelas 4 e 5.

Tabela 4 – Associação entre a idade e a referência para a RNCCI em 2015

	Não referenciado (N=12.491)		Referenciado (N=575)		χ^2	p
	N	%	N	%		
Idade					152.956***	<.001
18-64 Anos	5.151	41.2	80	13.9		
65-84 Anos	5.181	41.5	340	59.1		
>=85 Anos	2.159	17.3	155	27.0		

*** $p \leq .001$.

Tabela 5 – Associação entre a idade e a referência para a RNCCI em 2016

	Não Referenciado (N=12.198)		Referenciado (N=711)		χ^2	p
	N	%	N	%		
Escalão etário					117.343***	<.001
18-64 Anos	4.935	40.5	146	20.5		
65-84 Anos	4.965	40.7	384	54.0		
>=85 Anos	2.298	18.8	181	25.5		

*** $p \leq .001$.

De acordo com o observado nas tabelas 4 e 5, constatamos que nos anos em estudo, o escalão etário dos 65-84 anos é o mais referenciados para a RNCCI, seguindo-se o escalão etário dos > 85 anos.

Verificamos que em ambos os anos em estudo, a referência para RNCCI associa-se estatisticamente á idade

3.1.3 - Proveniência dos utentes

Para verificar se existe associação entre sexo e a referenciação para RNCCI foi utilizado o teste de Qui-Quadrado, esta análise foi realizada para o ano de 2015 e 2016 com o intuito de verificar se existia alguma diferença nos dois anos em estudo, como ilustra as tabela 6.

Tabela 6 - Associação entre a idade dos utentes e a referenciação para a RNCCI no ano de 2015

Proveniência	Não referenciado (N=24.689)		Referenciado (N=1.189)		χ^2	p
	N	%	N	%		
2015					175.896***	<.001
Consulta externa	3.648	29.2	25	4.8		
Urgência	8.700	69.7	476	91.0		
Hospital de dia	36	.3	5	1.0		
Outro hospital	107	.9	17	3.3		

*** $p \leq .001$.

Tabela 7- Associação entre a proveniência dos utentes e a referenciação para a RNCCI no ano de 2016

Proveniência	Não referenciado (N=24.689)		Referenciado (N=1.189)		χ^2	p
	N	%	N	%		
2016					295.526***	<.001
Consulta externa	3.720	30.5	33	5.0		
Urgência	8.301	68.1	592	88.9		
Hospital de dia	57	.5	3	.5		
Outro hospital	120	1.0	38	5.7		

*** $p \leq .001$

Constatamos que existe uma associação estatisticamente significativa entre a referenciação para RNCCI e a proveniência dos doentes, em ambos os anos, sendo em qualquer dos dois anos a percentagem de doentes oriundos da urgência superior nos referenciados para RNCCI, quando comparado com os doentes não referenciados.

3.1.4 - Tipologia das unidades para as quais os utentes são referenciados

As figuras 16 e 17 apresentam graficamente a tipologia de referenciação do HBA para a RNCCI em 2015 e 2016.

Figura 16 - Distribuição dos utentes por tipologia da RNCCI em 2015

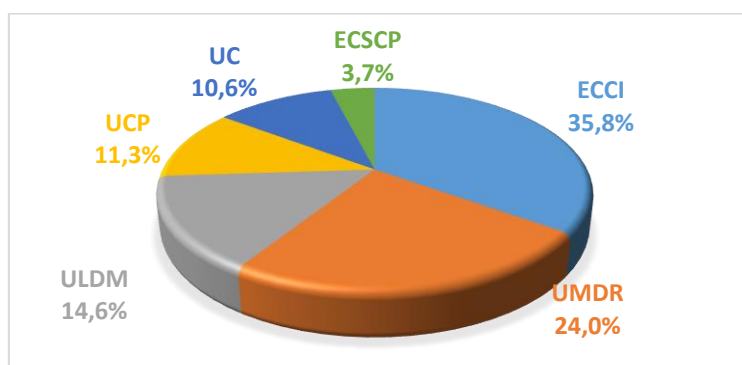
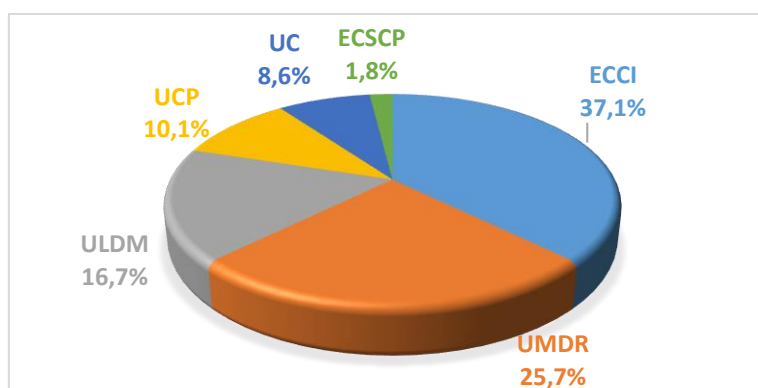


Figura 17 - Distribuição de utentes por tipologia da RNCCI em 2016



Da análise da figura 16 e 17, observamos que a tipologia mais referenciada pelo HBA nos dois anos em estudo foi a ECCI, com um valor de 35,8 % em 2015 e mais 37,1 % em 2016, esta referenciação está de acordo como que é preconizado pela RNCCI, que refere que idealmente os doentes deverão permanecer no seu domicílio e serem lá

prestados os cuidados de saúde. Seguidamente surge a UMDR que em 2015 apresenta um valor de 24%, e em 2016 esse valor sobe para 25,7%.

3.1.5 - Tempo de sinalização á EGA

A tabela infra apresenta o tempo de sinalização do doente à EGA, ou seja, o tempo desde a sua admissão no internamento até à sua sinalização.

Tabela 8 - Tempo de sinalização à Ega em 2015 e 2016

Tempo de sinalização	Min	Max	M	DP	Mediana
2015	0	279	14.12	20.46	8
2016	0	137	8.65	12.70	4

Observando os dados da tabela 8, podemos aferir que houve uma diminuição dos dias de sinalização à EGA por parte dos serviços do HBA.

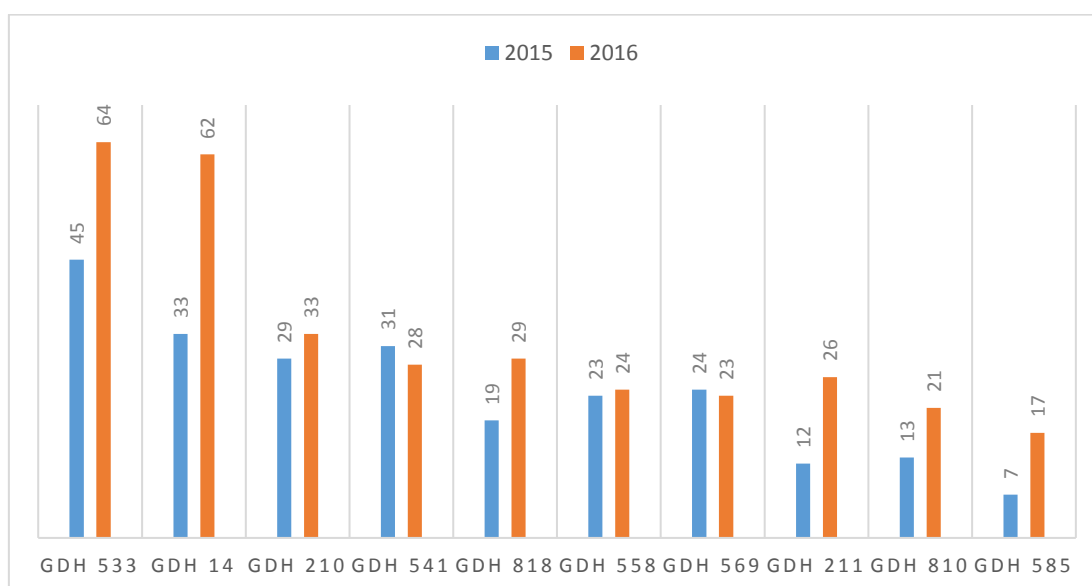
A média de sinalização desceu de 14,12 dias em 2015 para 8,65 dias em 2016.

3.2- Caracterização dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos

Considerando a amostra em estudo e com o objetivo de compreender quais os dez GDH com maior número de referenciações num universo de 1286 referenciações realizadas pelo HBA, conforme estão descritos na figura 18.

Estes dez GDH (GDH 533,14,210,541,818,569,810,585) perfazem 43,8% da totalidade de GDH referenciados da amostra, representando por isso um universo de 563 episódios referenciados pelo HBA á RNCCI, conforme se verifica na figura 18.

Figura 18 - Dez GDH mais referenciados para a RNCCI pelo HBA em 2015 e 2016



Legenda:

GDH 533 - Outras perturbações do sistema nervoso, exceto acidente isquémico transitório, convulsões e/ou cefaleias, com CC major

GDH 14 - Acidente vascular cerebral com enfarte

GDH 210- Procedimentos na anca e/ou no fémur, exceto procedimentos articulares major, idade >17 anos, com CC

GDH 541- Pneumonia simples e/ou outras perturbações respiratórias, exceto bronquite ou asma com CC major

GDH 818 - Substituição da anca, exceto por complicações

GDH 558 - Procedimentos major no aparelho osteomuscular, com CC major

GDH 569 - Perturbações dos rins e/ou das vias urinárias, exceto insuficiência renal, com CC major

GDH 211 - Procedimentos na anca e/ou no fémur, exceto procedimentos articulares major, idade >17 anos, sem CC

GDH 810 - Hemorragia intracraniana

GDH 585 - Procedimentos major no estômago, esófago, duodeno, intestino delgado e/ou intestino grosso, com CC

Para analisar os 10 GDH mais referenciados para a RNCCI, fomos comparar os dois anos em estudo, em relação à idade da população, ao tempo de sinalização à EGA, à demora média de internamento e o tempo entre a sinalização e a alta clínica dos utentes. (Anexo V)

3.3 – Demora Média

Para comparar a demora média entre não referenciados e referenciados, por ano, foi utilizado o teste t de Student para duas amostras independentes, conforme consta na tabela 9.

Tabela 9 - *Comparação entre os utentes referenciados e os não referenciados*

Demora média	Não Referenciados		Referenciados		t	p
	M	DP	M	DP		
2015	8.00	12.25	37.35	30.12	-22.205***	<.001
2016	7.93	16.02	40.69	41-98	-20.057***	<.001

*** $p \leq .001$.

Observando a tabela 9, constatamos que o a DM dos doentes internados no HBA, no ano de 2015 e no ano de 2016, é estatisticamente superior nos doentes referenciados quando comparados com os não referenciados.

Embora a DM tenha diminuído de 2015 para 2016 nos doentes não referenciados, o mesmo não aconteceu nos doentes referenciados, houve um aumento de 37.35 dias para 40,69 dias .

3.3.1 - Análise das demoras médias dos 10 GDH mais referenciados no HBA

Tendo em conta os dez GDH mais referenciados nos anos de 2015 e 2016, realizamos uma comparação entre os utentes referenciados para a RNCCI e os que não foram referenciados.

Para comparar a demora média entre os utentes não referenciados e referenciados, por ano, foi utilizado o teste t de Student para duas amostras independentes, conforme apresentado nas tabelas 10 e 11.

Tabela 10 - Comparação entre a DM dos GDH em 2015

Demora média	Não referenciados		Referenciados		t	p
	M	DP	M	DP		
GDH533	11.42	10.15	41.07	27.38	-6.779***	<.001
GDH14	8.25	23.65	33.40	25.41	-5.242***	<.001
GDH210	15.93	12.38	34.32	35.85	-2.661*	.013
GDH818	10.62	7.42	30.47	18.14	-4.469***	<.001
GDH541	9.15	6.78	37.27	33.43	-4.284***	<.001
GDH211	9.66	5.71	28.40	16.99	-3.471**	.007
GDH558	24.47	27.42	48.37	25.42	-3.411**	.002
GDH569	9.87	7.44	34.78	34.86	-3.418**	.002
GDH810	6.95	5.72	45.69	26.28	-5.289***	<.001
GDH585	22.24	15.21	51.14	11.82	-4.911***	<.001

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

O tempo de DM no ano de 2015 é estatisticamente superior nos utentes referenciados em todos os GDH apresentados

É de salientar que o GDH que apresenta DM de internamento mais díspares entre os referenciados e não referenciados é o GDH810 (Hemorragia intracraniana), nos utentes não referenciado a DM é de 6,95 dias, enquanto nos doentes referenciados essa DM sobe para 45,69 dias de internamento, ao invés, o GDH 210 (Procedimentos na anca e/ou no fémur, exceto procedimentos articulares major, idade > 17 anos, com CC), é o que apresenta uma diferença menor na DM de internamento de 15,93 nos utentes não referenciados para 34,32 nos referenciados.

Tabela 11 - Comparação entre a DM dos GDH em 2016

Demora média	Não referenciados		Referenciados		t	p
	M	DP	M	DP		
GDH533	13.80	17.54	50.38	51.03	-5.359***	<.001
GDH14	6.63	5.05	26.33	17.75	-8.317***	<.001
GDH210	14.53	12.13	49.77	53.00	-3.596***	.001
GDH818	8.63	5.15	27.00	16.68	-5.887***	<.001
GDH541	9.01	6.61	34.48	34.40	-3.845***	.001
GDH211	10.10	10.04	32.72	24.73	-4.494***	<.001
GDH558	23.07	22.93	49.42	22.34	-4.757***	<.001
GDH569	13.88	38.05	47.30	59.71	-2.460*	.023
GDH810	9.79	11.08	40.60	35.99	-3.767***	.001
GDH585	21.56	25.69	67.81	68.89	-2.648*	.018

* $p \leq .05$; *** $p \leq .001$.

Tal como se verificou em 2015, em 2016 a DM é estatisticamente superior nos utentes referenciados em todos os GDH apresentados.

É de sublinhar que o GDH que tem DM de internamento mais díspares entre os referenciados e não referenciados é o do GDH 585 (Procedimentos major no estômago, esófago, duodeno, intestino delgado e/ou intestino grosso, com CC), em que nos utentes não referenciados a média de internamento é de 21,56 dias, aumentando para 67,81 dias de internamento nos utentes referenciados para a RNCCI, ao invés, o GDH 818 (Substituição da anca, exceto por complicações), é a que apresenta uma diferença menor na DM de 8,63 dias nos doentes não referenciados para 27 dias nos doentes referenciados

3.4 - Protelamento de Alta

Para comparar a média dos dias de protelamento da alta entre não referenciados e referenciados, por ano, foi utilizado o teste t de Student para duas amostras independentes.

3.4.1 - Utentes Não Referenciados /Referenciados

Comparamos os utentes não referenciados com os referenciados em relação aos dias de protelamento de alta, conforme se verifica na tabela 12.

Tabela 12 - Dias de protelamento de alta

Demora média	Não referenciados		Referenciados		t	p
	M	DP	M	DP		
2015	.54	7.71	12.76	21.92	-12.717***	<.001
2016	.88	10.66	16.35	35.02	-11.367***	<.001

*** $p \leq .001$.

Analisando a tabela 12, observamos que os dias de protelamento da alta, no ano de 2015 e no ano de 2016, é estatisticamente superior nos utentes referenciados, quando comparados com os não referenciados.

Podemos também referir que houve um aumento de dias de protelamento de alta do ano de 2015 quando comparado com o ano de 2016, esse aumento foi de 3,59 dias de protelamento de alta.

3.4.2- Dias de protelamento de alta por GDH mais referenciados no HBA

Para melhor perceber quais as diferenças nos dias de protelamento de alta nos dez GDH mais referenciados pelo HBA, no ano de 2015 e 2016, fomos verificar qual a média de dias de protelamento para cada GDH, conforme se verifica na tabela 13.

Tabela 13 - Comparação dos dias de protelamento de alta por GDH em 2015

Demora média	Não referenciados		Referenciados		t	p
	M	DP	M	DP		
GDH533	.63	2.41	18.41	21.88	-5.196***	<.001
GDH14	2.07	22.50	21.17	24.99	-4.056***	<.001
GDH210	2.16	7.36	11.29	13.34	-3.440**	.002
GDH818	.77	3.07	11.35	14.72	-2.956**	.009
GDH541	.33	3.93	15.04	29.86	-2.510*	.019
GDH211	.57	1.19	11.40	14.14	-2.421*	.039
GDH558	5.13	21.29	16.53	20.15	-2.067*	.042
GDH569	2.39	24.42	12.57	23.58	-1.955	.061
GDH810	.81	2.97	19.08	24.33	-2.705*	.019
GDH585	.09	.29	3.29	5.41	-1.561	.169

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Analisando a tabela 13, o tempo médio de dias de protelamento da alta, no ano de 2015, é estatisticamente superior nos doentes referenciados comparativamente aos não referenciados, com a exceção do GDH585 e o GDH 569, onde não existem diferenças estatisticamente significativas.

Tal como fizemos para o ano de 2015, fomos verificar para o ano de 2016 qual a média de dias de protelamento para cada dos dez GDH mais referenciados pelo HBA, conforme se verifica na tabela 14.

Tabela 14 -Comparação dos dias de protelamento de alta por GDH em 2016

Demora média	Não referenciados		Referenciados		t	p
	M	DP	M	DP		
GDH533	2.21	7.10	24.93	53.15	-3.924**	.002
GDH14	1.91	20.81	11.96	14.50	-4.470***	<.001
GDH210	3.27	10.26	21.80	19.26	-4.940***	<.001
GDH818	1.60	12.31	13.93	14.62	-4.313***	<.001
GDH541	1.57	18.16	13.56	29.31	-2.101*	.045
GDH211	2.13	6.73	17.80	16.90	-4.556***	<.001
GDH558	.93	4.09	15.50	15.64	-4.500***	<.001
GDH569	1.91	16.30	18.20	59.68	-1.217	.238
GDH810	1.81	8.71	18.55	32.87	-2.250*	.036
GDH585	.44	1.85	15.19	25.25	-2.334*	.034

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

A tabela 14 evidencia que o tempo médio de dias de protelamento da alta, no ano de 2016, é estatisticamente superior nos doentes referenciados comparativamente aos não referenciados, com a exceção do GDH569, onde não existem diferenças estatisticamente significativas.

3.5 - Regressão Linear Univariada

Para determinar as dimensões que, em 2015, influenciam a demora média do internamento (variável dependente quantitativa) foram levadas a cabo análises de regressão linear univariada. As variáveis independentes testadas foram: idade, sexo, referenciação RNCCI, tipos de alta para a rede, as tipologias de referenciação e as proveniências dos doentes, conforme se observa na tabela 15.

Tabela 15 - Preditores da demora média do internamento 2015

Variáveis preditoras	B	β	t	p
Idade	.083	.106	12.127***	<.001
Sexo (M = 1; F = 2)	-.706	-.024	-2.754***	<.001
Referenciado para RNCCI (Não = 0; Sim = 1)	29.347	.394	48.937***	<.001
Destino Pós Alta:				
- RNCCI (Não = 0; Sim = 1)	37.449	.254	29.927***	<.001
- Óbito (Não = 0; Sim = 1)	3.462	.062	7.037***	<.001
- Outros destinos (Não = 0; Sim = 1)	-7.918	-.149	-17.223***	<.001
Proveniência dos doentes:				
- Consulta externa (Não = 0; Sim = 1)	-6.842	-.211	-24.579***	<.001
- Urgência (Não = 0; Sim = 1)	6.135	.191	22.238***	<.001
- Hospital de dia (Não = 0; Sim = 1)	-.350	-.001	-.153	.878
- Outro hospital (Não = 0; Sim = 1)	11.813	.079	8.982***	<.001
Tipologia da RNCCI:				
- ECCI (Não = 0; Sim = 1)	-19.559	-.310	-7.432***	<.001
- ECSCP (Não = 0; Sim = 1)	-8.002	-.051	-1.166	.244
- UC (Não = 0; Sim = 1)	-1.880	-.020	-.451	.652
- UCP (Não = 0; Sim = 1)	.503	.005	.120	.905
- ULDM (Não = 0; Sim = 1)	24.753	.296	7.076***	<.001
- UMDR (Não = 0; Sim = 1)	9.187	.130	20.993**	.003

** p ≤ .01; *** p ≤ .001.

Todas as dimensões analisadas mostraram influenciar significativamente os resultados da demora média do internamento em 2015, tendo sido todas incluídas como variáveis independentes para testar um modelo de regressão linear multivariada, com a exceção das dimensões Proveniência Hospital de dia, Tipologia da RNCCI ECSCP, UC e UCP.

Realizamos a mesma análise para o ano de 2016, conforme se constata na tabela 16.

Tabela 16 - Preditores da demora média em 2016.

Variáveis predictoras	B	β	t	p
Idade	.093	.089	10.103***	<.001
Sexo (M = 1; F = 2)	-.835	-.021	-2.405*	.016
Referenciado para RNCCI (Não = 0; Sim = 1)	32.759	.369	45.005***	<.001
Destino pós Alta:				
- RNCCI (Não = 0; Sim = 1)	36.849	.204	23.670***	<.001
- Óbito (Não = 0; Sim = 1)	4.041	.054	6.137***	<.001
- Outros destinos (Não = 0; Sim = 1)	-9.054	-.130	-14.824***	<.001
Proveniência dos doentes:				
- Consulta externa (Não = 0; Sim = 1)	-7.590	-.175	-20.198***	<.001
- Urgência (Não = 0; Sim = 1)	6.452	.151	17.377***	<.001
- Hospital de dia (Não = 0; Sim = 1)	2.149	.007	.844	.399
- Outro hospital (Não = 0; Sim = 1)	14.968	.084	9.535***	<.001
Tipologia da RNCCI:				
- ECCI (Não = 0; Sim = 1)	-21.949	-.253	-6.742***	<.001
- ECSCP (Não = 0; Sim = 1)	-12.598	-.043	-1.111	.267
- UC (Não = 0; Sim = 1)	-13.296	-.086	-2.218*	.027
- UCP (Não = 0; Sim = 1)	2.530	.018	.464	.643
- ULDM (Não = 0; Sim = 1)	33.556	.302	8.173***	<.001
- UMDR (Não = 0; Sim = 1)	7.138	.074	1.913	.056

* $p \leq .05$; *** $p \leq .001$.

Todas as dimensões analisadas mostraram influenciar significativamente os resultados da demora média do internamento em 2016, tendo sido todas incluídas como variáveis independentes para testar um modelo de regressão linear multivariada, com exceção das dimensões Proveniência Hospital de dia, Tipologia da RNCCI ECSCP, UCP e UMDR.

3.6 -Análise Multivariada

Após os resultados obtidos, decidimos realizar análises de regressão multivariada para o ano de 2015 e 2016, conforme consta da tabela 17 e 18.

Tabela 17 - Preditores da demora média do internamento – Análise multivariada 2015

Variáveis preditoras	B	β	t	p
Destino pós alta RNCCI (Não = 0; Sim = 1)	22.046	.277	6.195***	<.001
Tipologia da RNCCI - ECCI (Não = 0; Sim = 1)	-11.333	-.179	-4.222***	<.001
Tipologia da RNCCI - ULDM (Não = 0; Sim = 1)	10.260	.123	2.772**	.006

** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Foi obtido um modelo explicativo da demora média do internamento em 2015, explicada pelos preditores Destino pós alta RNCCI, Tipologia da RNCCI ECCI e Tipologia da RNCCI ULDM, com $F(3; 519) = 43.066$; $p < .001$. Os resultados mostram que a variação da demora média do internamento, nos doentes referenciados, é explicada em 19.5% (R^2 ajustado) pela pelo Destino pós alta RNCCI, pela Tipologia da RNCCI - ECCI e pela Tipologia da RNCCI - ULDM.

Tabela 18 - Preditores da demora média do internamento – Análise multivariada 2016

Variáveis preditoras	B	β	t	p
Tipologia da RNCCI - ULDM (Não = 0; Sim = 1)	26.651	.240	6.138***	<.001
Tipologia da RNCCI - ECCI (Não = 0; Sim = 1)	-9.900	-.114	-2.766**	.006
Destino pós alta Outros destinos (Não = 0; Sim = 1)	-10.646	-.116	-2.923**	.004
Idade	-3.04	-.092	-2.507*	.012

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Foi obtido um modelo explicativo da demora média do internamento em 2016, explicada pelos preditores Tipologia da RNCCI - ULDM, Tipologia da RNCCI ECCI, Destino pós alta - Outros destinos e Idade, com $F(4; 661) = 26.040$; $p < .001$. Os resultados mostram que a variação da demora média do internamento, nos doentes referenciados, é explicada em 13.1% (R^2 ajustado) pela Tipologia da RNCCI - ULDM, pela Tipologia da RNCCI ECCI, pelo Destino pós alta Outros destinos e pela idade.

PARTE 4 – DISCUSSÃO

4- Discussão de resultados

Neste capítulo é realizada a interpretação e discussão dos resultados, pretendendo relacionar os resultados obtidos no estudo com o enquadramento teórico de referência e recomendações internacionais expostas no enquadramento.

No presente estudo foram aplicados alguns critérios de exclusão: utentes com idades inferiores a 18 anos, e as utentes grávidas e/ou puérperas, por serem uma tipologia de utentes pouco referenciados para a RNCCI e podendo dessa maneira enviesar os resultados obtidos.

Observamos que de acordo com a caracterização da amostra em estudo, a maioria dos utentes são do sexo feminino, 53,4% são do sexo feminino e 46,6% do sexo masculino no ano de 2015, quando nos reportamos ao ano de 2016 constatamos que 51,2% são do sexo feminino e 49,8 % são do sexo masculino, embora o sexo não se associa estatisticamente à referenciação à RNCCI.

Relativamente à idade, constatamos que o escalão etário mais referenciado para a RNCCI é entre os 65 aos 84 anos em ambos os anos, o que correspondendo a 59,1% das referenciações no ano de 2015 e 54,0 % no ano de 2016, a referenciação para a RNCCI associa-se estatisticamente á idade.

O número elevado de sinalizações em utentes com idade igual ou superior a 65 anos evidencia a existência de uma população envelhecida, e com necessidades de cuidados de saúde e de cuidados continuados, sendo um problema não só presente em Portugal como na maioria dos países desenvolvidos (WHO, 2002; Pordata, 2016)

Estes dados estão em conformidade com o apresentado pela literatura internacional e nacional consultada, e se nos referimos a dados concretos o INE (2018) salienta que o índice de envelhecimento em Portugal, poderá duplicar entre 2017 e 2080, passando de 155 para 309 idosos por cada 100 jovens

Comparando os dois anos em estudo verificamos que houve um acréscimo de referenciações para a RNCCI, sendo que em 2015 houve 575 e no ano 2016 houve 711, ou seja, da amostra em estudo 4,4% reuniram critérios para referenciação para a RNCCI em 2015, enquanto que em 2006 esse número aumentou para 5,5%.

Em relação à proveniência dos utentes, a sua maioria são oriundos do serviço de urgência, quer sejam referenciados ou não para a RNCCI, embora fosse encontrada uma associação estatisticamente significativa entre a referenciação para a RNCCI e a

proveniência dos doentes, pois a percentagem de utentes oriundos do serviço de urgência nos doentes referenciados é superior aos não referenciados.

No que concerne à tipologia mais referenciada, em ambos os anos estudados, foi em primeiro lugar a ECCI e em segundo lugar as UMDR. Efetivamente esta referenciação está de acordo com o que está preconizado pela RNCCI, que refere que idealmente os utentes deverão permanecer no seu domicílio e serem lá prestados os cuidados de saúde necessário e adequados. (UMCCI,2009)

Quando comparamos o tempo de sinalização à EGA nos dois anos estudados, verificamos que houve uma diminuição dos dias de sinalização de 14,12 dias em 2015 para 8,65 em 2016. Esta descida pode ser fruto das formações realizadas pela EGA a todos os serviços de internamento, Unidade de Cuidados Intensivos e Serviços de urgência, no decorrer do ano de 2015 início de 2016.

Em relação aos GDH referenciados, os dez GDH estudados representam 43,8% do total das referenciações efetuadas, são eles o GDH 533, GDH14, GDH210, GDH541, GDH818, GDH 558, GDH569, GDH 511, GDH810, GDH585, que representam um total de 563 episódios referenciados pelo HBA à RNCCI. Dos GDH elencados o GDH 533 (Outras perturbações do sistema nervoso, exceto acidente isquémico transitório, convulsões e/ou cefaleias, com CC major) , o GDH 14 (Acidente vascular cerebral com enfarte) e o GDH 210 (Procedimentos na anca e/ou no fémur, exceto procedimentos articulares major, idade> 17 anos, com CC) representam 20,7% das referenciações, o facto de existir um elevado número de doentes referenciados para estes três GDH está de acordo com o descrito pelo WHO (2004) e pela OECD (2012). Segundo estes, as doenças neurológicas, onde se incluem o AVC são uma das maiores causas de morte e incapacidade nos idosos.

Quando comparamos as DM entre os doentes referenciados para a RNCCI e os não referenciados, verificamos que em ambos os anos estudados os primeiros têm valores muito superiores, em 2015 a DM era de 8 dias comparando com 37,35 dos doentes referenciados e em 2016 a DM foi de 7,93 e nos doentes referenciados para a RNCCI foi de 40,69 dias.

Perante estes resultados e de acordo com a revisão da literatura efetuada, a demora média de internamento de utentes que carecem de cuidados continuados é mais elevada.

Analisando a demora média de internamento dos dez GDH mais referenciados, verificamos que em 2015 e 2016 todos eles permaneceram no Hospital no mínimo 28 dias no ano de 2015 e 26 dias no ano de 2016.

Estes resultados coincidem com que foi descrito no enquadramento teórico, quando foi referido que nos utentes referenciados para a RNCCI ocorria um aumento do número de dias de internamento. Também no HBA constatou-se que os utentes permanecem demasiado tempo internados quando o que necessitam é de CCI, revelando desta forma o fenómeno de bed bloking.

De acordo com vários autores, os serviços hospitalares estão a ser utilizados de forma inadequada, por utentes que necessitam de cuidados continuados, o que vai condicionar a eficácia hospitalar. (Bryan *et al.*, 2006 e Holmås *et al.*, 2007)

Quando nos remetemos para a realidade do Reino Unido, constatamos que a implementação do NHS *Continuing Healthcare* tem contribuído, de acordo com o NHS *Improvement Stroke* (2008), para o aumento da demora média de internamento, principalmente nos utentes que são referenciados com necessidades de CCI.

No caso do modelo catalão, também levou a um aumento da demora média nos hospitais.

Este fenómeno está de acordo com o referido por Escoval *et al.* (2011; 2013) que referem que a demora média era mais elevada nos utentes que são referenciados para a RNCCI do que os que não são referenciados, isto é, a demora média dos episódios que reúnem critérios para serem referenciados para a RNCCI supera a demora média nacional para os mesmos GDH.

Em relação aos dias de protelamento de alta, verificamos que nos utentes referenciados para a RNCCI, essa variação é de 12.76 dias de protelamento em 2015 e 16, 35 dias em 2016, muito superiores aos utentes não referenciados que não chegam a 1 dia de protelamento de alta em ambos os anos. Quando analisamos os dez GDH mais referenciados, verificamos que em 2015 só o GDH 585 e o GDH 569 e em 2016 o GDH 585, não apresentam diferenças significativas quando comparadas com os utentes não referenciados.

Segundo alguns autores (Monteiro, 2014 e Rendeiro, 2015) existem várias causas para o protelamento da alta clínica. É de realçar que a permanência prolongada em camas de agudos, após a alta clínica, aumenta o risco de infeções hospitalares, levando segundo vários autores ao aumento da morbilidade e da mortalidade dos indivíduos.

Recorremos à regressão linear para verificar se as variáveis independentes testadas: idade, sexo, referência para a RNCCI, alta para a RNCCI, tipologia de referência e proveniência de doentes iriam influenciar a demora média do

internamento, e constatamos que em ambos os anos estudados todas as variáveis mostram influenciar significativamente os resultados da demora média do internamento.

Fazendo uma análise multivariada, como intuito de apurar se um determinado conjunto explicam ou não a demora média, ou seja, se existe relações entre as variáveis dependentes e independentes, foram testadas as variáveis idade, destino pós alta e tipologia, os resultados em 2015 demonstram que a variação da demora média de internamento nos doentes referenciados é explicado em 18,6 % (R^2 ajustado) pelo destino pós alta e pela tipologia da RNCCI, e em 2016 é explicado em 8,7% (R^2 ajustado) pelo destino pós alta e tipologia da RNCCI.

Tal como referido anteriormente, este estudo teve por base as hipóteses que seguidamente se apresentam em discussão:

1. A referenciação dos utentes internados no HBA para a RNCCI aumenta a DM Hospitalar?

Os resultados obtidos são reveladores que efetivamente a referenciação para a RNCCI, levou a um aumento na DM, no período de 2015 e 2016.

Quando comparamos os dez GDH mais referenciados pelo HBA nesse período de tempo, verificamos que em todos eles a DM era superior aos utentes não referenciados.

2. Os utentes internados no HBA referenciados para a RNCCI têm uma faixa etária mais elevada comparativamente aos não referenciados?

Relativamente à idade, aferimos que o escalão etário mais referenciado para a RNCCI é entre os 65 aos 84 anos em ambos os anos estudados, o que correspondendo a 59,1% das referenciações no ano de 2015 e 54,0 % no ano de 2016.

Verificamos também que os utentes referenciados com mais de 65 anos correspondem a 86,1 % em 2015 e 79,5% em 2016, números muito superiores comparativamente com os não referenciados que correspondem a 58,8% em 2015 e 59,5% em 2016.

A referenciação para a RNCCI associa-se estatisticamente á idade.

Perante os resultados obtidos constata-se que a idade dos doentes referenciados para a RNCCI é superior aos utentes não referenciados.

PARTE 5 – CONCLUSÃO

5 – Conclusão

Atualmente estão definidas a nível nacional e internacional estratégias para dar resposta às necessidades da população idosa e em situação de dependência. Mesmo havendo um reconhecimento da importância de modelos de cuidados continuados, ainda falta fazer a transição de paradigma de cuidados devido á transição demográfica e epidemiológica.

Estudos a nível internacional e nacional concluíram que os cuidados continuados não tiveram o impacto desejado na eficiência hospital, pelo contrário aumentaram a demora média de internamento.

Do estudo de investigação desenvolvido observou-se que os utentes que necessitam de RNCCI, situam-se na faixa etária dos 65 aos 84 anos, com 59,1% de referenciações em 2015 e 54% de referenciações em 2016.

Analisando aos dez GDH com maior número de referenciações, que representa, 43,8 % dos GDH referenciados, verificou-se que os primeiros três GDH referem-se a doenças incapacitantes, GDH 533 (Outras perturbações do sistema nervoso, exceto acidente isquémico transitório, convulsões e/ou cefaleias, com CC major) representava 8,5% das referenciações, o GDH 14 (Acidente vascular cerebral com enfarte) representa 7,4% das referenciações e por ultimo o GDH 210- Procedimentos na anca e/ou no fémur, exceto procedimentos articulares major, idade> 17 anos, com CC) que representa 4,8 das referenciações.

Quando observamos os dez GDH mais referenciados para a RNCCI (GDH 533, GDH 14, GDH 210, GDH 818, GDH 541, GDH 211, GDH 558, GDH 569, GDH 810, GDH 585), verifica-se que todos eles apresentam uma demora média de internamento superior, quando comparados aos utentes com a mesmo GDH que não foram referenciados para a RNCCI.

Em relação ao impacto da RNCCI na demora média do HBA, constatou-se que a DM dos episódios referenciados para a RNCCI é superior à DM dos episódios não referenciados pelo HBA. Constata-se que nos utentes não referenciados pelo HBA a demora média é de 8 dias em 2015 e 7,93 dias em 2016, relativamente aos referenciados para a RNCCI a DM aumenta para 37,35 dias em 2015 e 40,6 dias em 2016.

Os resultados obtidos são reveladores que no período de 2015 e 2016 ocorreu um aumento da DM no HBA dos doentes que foram referenciados para a RNCCI.

Estes números podem ser reveladores que algo não está a ser eficiente, quer a nível do hospital quer a nível da RNCCI.

Seria por isso interessante realizar-se alguns estudos nesta área:

- Um estudo sobre os circuitos de referenciação para a RNCCI para se identificar eventuais falhas;
- Um estudo sobre as dificuldades sentidas pelas equipas referenciadoras para se poder melhorar os tempos de sinalização RNCCI;

Consideramos que os resultados obtidos deram resposta à questão de investigação.

Acreditamos que o desenvolvimento da RNCCI, especialmente com o aumento ao nível da oferta poderá ter resultados muito positivos, diminuindo os tempos de espera de ingresso na RNCCI, e por conseguinte diminuindo a demora média dos hospitais agudos.

Terminamos o presente estudo pensando que a relação entre os Hospitais e a RNCCI tem tendência a ser otimizada, tendo como finalidade uma melhor integração de cuidados. A RNCCI tem um papel fundamental na minimização do impacto do envelhecimento, e das doenças crónicas nos indivíduos, pois privilegia os serviços ambulatoriais e domiciliários aos internamentos hospitalares.

Realizando uma retrospectiva quanta á realização deste estudo foi um trabalho que deu á autora um especial prazer, embora com várias fases ao longo do mesmo, cada etapa que foi vencendo deu-lhe motivação para continuar

PARTE 6 – BIBLIOGRAFIA

6 – Bibliografia

1. ANDERSON, W. - Continuing healthcare acute pilot. [Em linha]. In NHS Continuing Healthcare Workshop, 6th December 2011. [Consult. a 20 Fev. 2018]. Disponível em: [http://system.improvement.nhs.uk/ImprovementSystem/ViewDocument.aspx?path=Stroke%2fNational%2fwebsite%2fContinuing_healthcare%2fWilliam_Ander son_CHC_Workshop_6_Dec_2011%20\(2\).pdf](http://system.improvement.nhs.uk/ImprovementSystem/ViewDocument.aspx?path=Stroke%2fNational%2fwebsite%2fContinuing_healthcare%2fWilliam_Ander son_CHC_Workshop_6_Dec_2011%20(2).pdf).
2. ARABI, Y. [et al.] – A prospective study of prolonged stay in the intensive care unit : predictors and impact on resource utilization. **International Journal for Quality in Health Care**. [Em linha]. 14: 5 (2002) [Consult. a 8 Abr. 2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12389806>
3. ARARTEKO - Atención sociosanitaria en grupos afectados especialmente. [Em linha]. Vitoria-Gasteiz: Ararteco, 29 de marzo de 2010. [Consult. a 03 Mai. 2018]. Disponível em: http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_1845_1.pdf.
4. BARROS, P.; GOMES, J.P. – Relatório de Auditoria: Estudo Externo. Lisboa: Tribunal de Contas. (2002). [Consult. 15 Abr. 2018]. Disponível em http://www.tcontas.pt/pt/atos/rel_auditoria/2003/rel047-2003-estudo_externo-sumario.pdf
5. BRYAN, K. - Policies for reducing delayed discharge from hospital. **British Medical Bulletin**. [Em linha]. 95 : 1 (2010) 33–46. [Consult. a 8 Abr. 2018]. Disponível em: <http://bmb.oxfordjournals.org/content/95/1/33.full>
6. BRYAN K.; GAGEB, H.; GILBERT, K. - Delayed transfers of older people from hospital: causes and policy implications. **Health Policy**. [Em linha]. 76 : 2 (Apr 2006) 194–201. [Consult. a 4 Mar. 2018]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16040152>
7. CABRAL, N., AMADOR, O.; MARTINS, G. – A reforma do setor da saúde: uma realidade iminente? Coimbra: Almedina. 2010.
8. CERVERA, M. [et al.] - Claus per a la construcció de l'espai sociosanitari a Espanya. [Em linha]. In II Jornades Sociosanitàries de La Unió. L'atenció sociosanitària a Catalunya. Construint el futur, Barcelona, 3 de març de 2010. [Consult. 20 Fev. 2018]. Disponível em: http://217.149.1.250/mmedia/documents/08_montserrat_cervera.ppt.
9. COMISSÃO EUROPEIA - Cuidados de longa duração na União Europeia. Luxemburgo: Comunidades Europeias, 2008. ISBN 97892-79-09591-7.

10. COSTA, C., SANTANA, R., LOPES, S. E BARRIGA, N. - A importância do apuramento de custos por doente: metodologias de estimação aplicadas ao internamento hospitalar português”, **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, 2008. 31-146.
11. DAMINIANI, G. [et al.] – An ecological study on the relationship between supply of beds in long-term care institutions in Italy and potential care needs for the elderly. [Em linha]. BMC Health Services Research, 2009, 9:174 [Consult. 10 Fev. 2013]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/174/>
12. DECOSTER, C.; KOZYRSKYJ, A. - Long-stay patients in Winnipeg acute care hospitals. [Em linha]. Manitoba: Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, Department of community health Sciences, faculty of medicine, University of Manitoba, September 2000. [Consult. 10 Mar. 2018]. Disponível em: <http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/longstay.pdf>
13. DUFFY, J.; GWYTHYR, T.; MCGINNES, A. - A clinical and carer perspective of continuing health care funding (CHC). [Em linha]. In NHS Continuing Healthcare Workshop, 6th December 2011. [Consult. 2 Mar. 2018]. Disponível em: http://system.improvement.nhs.uk/ImprovementSystem/ViewDocument.aspx?path=Stroke%2FNational%2Fwebsite%2FContinuing_healthcare%2FJohn_Duffy_Tracey_Gwyther_Alison_McGinnes_CHC_Workshop_6_Dec_2011.pdf.
14. ESCOVAL, A.; LÍVIO, A. ; RIBEIRO, R. – Contratualização em Cuidados Integrados. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2011.
15. ESCOVAL, A.; LÍVIO, A. ; RIBEIRO, R. – Monitorização, identificação de constrangimentos e análise do impacto da RNCCI na eficiência hospitalar: impacto da RNCCI na demora média hospitalar: Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2013.
16. ESPAÑA. CONSEIL DE SECTOR D’ATENCIÓ SOCIO SANITÀRIA. UNIÓN CATALANA D’HOSPITALS – Estudi comparatiu dels models d’atenció socio sanitària a l’estat espanyol. [Em linha]. In II Jornades Sociosanitàries de La Unió. L’atenció socio sanitària a Catalunya. Construint el futur, Barcelona, (2010). [Consult. 2 Mar. 2018]. Disponível em: <http://www.uch.cat/index.php?md=documents&id=3283&lg=cat>.

17. ESPAÑA. CONSEIL DE SECTOR D'ATENCIÓ SOCIO SANITÀRIA. UNIÓ CATALANA D'HOSPITALS – Evolució de la complexitat assistencial en atenció sociosanitària d'internament. [Em linha]. Barcelona : Unió Catalana d'Hospitals. Conseil de Sector d'Atenció Sociosanitària, (2010). [Consult. 2 Mar. 2018]. Disponível em: <http://www.uch.cat/index.php?md=documents&id=3284&lg=cat>.
18. FETTER, R. [et al.] – Case mix definition by diagnosis-related groups. Medical Care : Supplement. 1980. 1-53.
19. FORTIN, M.; COTÊ, J.; FILION F. – Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta, 2006.
20. GIDDENS, ANTHONY - Sociologia; 4.ªEd. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.
21. GOUVEIA, V. – Estudo da doença cerebrovascular: análise da mortalidade hospitalar e da eficiência técnica hospitalar, 1999-2001. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2003. Projeto de investigação aplicada elaborado no âmbito do XXXII Curso de Especialização em Administração Hospitalar (2001-2003). ENSP.UNL.
22. GRUPO TÉCNICO PARA A REFORMA HOSPITALAR. – Relatório Final: Os Cidadãos no Centro do Sistema. Os Profissionais no Centro da Mudança. Lisboa: Ministério da Saúde, 2011. [Consult. 15 Abr. 2018]. Disponível em: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/84FCFCE2-3C84-4ABE-8E5F-AD4DDB0B46F4/0/RelatorioGTRH_Nov2011.pdf.
23. HOLMÅS, H. [et al.] – Long term care and hospital length of stay for elderly patients. [Em linha]. Institute for Research in Economics and Business Administration (SNF). Working paper No. 09/07. Bergen : BORA NHH, (2007). [Consult. 15 Fev. 2018]. Disponível em: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/166060>
24. INE – INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Estimativas de População Residente em Portugal. [Em linha]. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, 2018. [Consult. 3 Mai. 2018]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=315156710&DESTAQUESmodo=2
25. IRSHAD, K. [et al.] – Causes of increased length of hospitalization on a general thoracic surgery service: a prospective observational study. **Canadian Medical Association Journal**. 2002. 264-268.

26. KIM, C. [et al.] – Excess hospitalization days in an academic medical center : perceptions of hospitalists and discharges planners. **American Journal of Managed Care**. 2011. 34-42.
27. LOPES, F. – A utilização dos GDH como instrumento de financiamento hospitalar. [Em linha] Lisboa, Administração Central do Sistema de Saúde, 2003. [Consult. 19 Abril 2018]. Disponível em http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/A_utiliza%C3%A7%C3%A3o_dos_GDH_como_instrumento_de_financiamento_hospitalar.
28. MEINERS, M.R.; COFFEY, R.M. - Hospital DRGs and the Need for Long-Term Care Services: An Empirical Analysis. *Health Services Research*. [Em linha]. 20:3 (August 1985) 359-384. [Consult. 15 Jan. 2018]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1068885/>.
29. NOGUEIRA, J. - Cuidados continuados: Desafios. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, 2009. [Consult. 30 Jan 2018] Disponível em: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Cuidados%20Continuados%20-%20Desafios,%202009.pdf>
30. OECD - ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT - Health at a Glance 2011: OECD Indicators. [Em linha] Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011. [Consult. 20 Abril 2018]. Disponível em <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8111101ec033.pdf?expires=1366475329&id=id&accname=quest&checksum=08259A53E63D9761B5719CD603346A22>.
31. OECD - ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – Health at a glance 2012. [Em linha]. Paris : Organization for Economic Co-operation and Development, 2012. [Consult. 20 Abr 2018]. Disponível em: <http://www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf>
32. OMS – LESSONS FOR LONG-TERM CARE POLICY. [Em linha], 2002. [Consult. 20 Abr 2018]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67275/WHO_NMH7CCL_02.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
33. OPSS – OBSERVATORIO PORTUGUES DO SISTEMA DE SAUDE –10/30 Anos: Razões para continuar. Relatório de primavera 2009. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Publica, 2009. [Consult. 14 Jun. 2018] Disponível em: http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/RelatorioPrimavera2009_OPSS.pdf

34. OPSS - OBSERVATORIO PORTUGUES DOS SISTEMAS DE SAUDE – Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde. [em linha] Relatório de Primavera 2011. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2011. [Consult. 15 Jan. 2018] Disponível em: http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf
35. OPSS – OBSERVATORIO PORTUGUES DO SISTEMA DE SAUDE –Crise e Saúde: um país em sofrimento. Relatório de primavera 2012. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Publica, 2012. [Consult. 14 Jun. 2018] Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012_OPSS_3.pd
36. PORDATA - Índice de dependência de idosos. [Em linha]. Lisboa, 2018. [Consult. 3 Mai. 2018]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+de+depend%C3%AAncia+de+idosos-1929>
37. PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2017). [Consult. 14 Mai. 2018]. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI_1_Semestre-2017.pdf
38. PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE Grupos de Diagnósticos Homogéneos – ACSS. (2018). [Consult. 14 Abr. 2018]. Disponível em: <http://www2.acss.min-saude.pt/Default.aspx?TabId=460&language=pt>
39. PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS – Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – Cuidados de Saúde Hospitalares. Lisboa, Direção Geral da Saúde, 2011
40. PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS – Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – Qualidade em Saúde. Lisboa, Direção Geral da Saúde, 2012
41. PORTUGAL, MS, UMCCI - Guia da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI). [Em linha]. Lisboa : Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, Setembro de 2009. [Consult. 22 Dez. 2017]. Disponível em: http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Guia_RNCCI.pdf.

42. PORTUGAL, MS, UMCCI – 3 anos: rede nacional de cuidados integrados: resumo executivo: Anexo II. [Em linha]. Lisboa: Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, Abril de 2010. [Consult. 22 Dez. 2018]. Disponível em http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/3_anos_RNCCI.pdf.
43. PORTUGAL, MS, UMCCI - Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da rede nacional de cuidados continuados integrados em 2012. [Em linha]. Lisboa: Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, (2012). [Consult. em 27 Mar. 2018]. Disponível em: http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/683/relatorio_anual_2011_28marco2012.pdf
44. MATEUS, M. C.- O financiamento hospitalar com grupos de diagnósticos homogéneos: resultados para Portugal entre 1995-2001, [Consult. 20 Mar. 2018]. Disponível em: http://www.fgcasal.org/aes/docs/ceu_mateus.pdf
45. MATEUS, M.C. - Sistema de classificação de doentes como instrumento de gestão, in Simões, J.(Coord.), 30 anos do Serviço Nacional de Saúde: Um percurso comentado, 1ª ed., Coimbra: Almedina Edições, SA, 2010.
46. MCDONAGH, M. S.; SMITH, D. H.; GODDARD, M. – Measuring appropriate use of acute beds : a systematic review of methods and results. [Em linha]. Health Policy. 53 (2000) 157– 184. [Consult. 19 Mar. 2018]. Disponível em: https://ac.els-cdn.com/S0168851000001172/1-s2.0-S0168851000001172-main.pdf?_tid=febdc370-6331-442b-ad89-cd76aac64dd1&acdnat=1534620460_8d1dfc39edd4509703c4a283a68c6573
47. MONTEIRO, M. - Determinantes sociais condicionantes das altas clínicas dos utentes da rede nas UCCI: um estudo de caso. Coimbra: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. 2014, Dissertação no âmbito do Curso de Mestrado em Cuidados Continuados Integrados.
48. RENDEIRO, S. - Impacto das políticas de austeridade no protelamento de altas sociais em hospitais públicos e o trabalho dos assistentes sociais. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga. 2015, Dissertação no âmbito do Curso de Mestrado em Serviço Social.
49. SANTANA, R. - O financiamento hospitalar e a definição de preços. **Revista de Saúde Pública**, [Em linha] (2005). [Consult. 20 Mar. 2018]. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/17005/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202005%20-%20V.%20Tematico%20n5%20a06%20-%20p.93-118.pdf>

50. SALVÀ-CASANOVAS, A. [et al.] - La atención geriátrica. Uno de los grandes ejes de la Atención sociosanitaria en Cataluña. **Rev Esp Geriatr Gerontol**. [Em linha]. 39 : 2 (2004) 101- 8. [Consult. 26 Mar 2018]. Disponível em: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-espanola-geriatriagerontologia-124/la-atencion-geriatrica-uno-los-grandes-ejes-13060370-punto-vista-2004>
51. SHEPPERD, S.; PARKES, J.; MCCLARAN, J.; PHILLIPS, C. – Discharge planning from hospital to home. Oxford: Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008. [Consult. 11 Mai. 2018]. Disponível em: http://hospitalmedicine.ucsf.edu/improve/literature/discharge_committee_literature/preparing_patients_at_discharge/discharge_planning_from_hospital_to_home_shepperd_cochrane_collaboration.pdf.
52. SOUSA, E. – Demora média e variabilidade, 2011-2013. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2013. Projeto de investigação elaborado no âmbito do XLI Curso de Especialização em Administração Hospitalar (2011-2013). ENSP.UNL.
53. TRIBUNAL DE CONTAS - Auditoria à Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados: 2006-2008.[Em linha].Tribunal de Contas, Lisboa, 2009. [Consult. 3 Mai. 2018]. Disponível em: https://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2009/2s/audit-dgtec-rel038-2009-2s.pdf
54. UK. DEPARTMENT OF HEALTH - Our health, our care, our say: a new direction for community services : a brief guide. [Em linha]. London : Department of Health, [Em linha] (2006) [Consult. 24 Fev 2018] Disponível em: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/policyandguidance/dh_4127453
55. UK. DEPARTMENT OF HEALTH - Fast track pathway tool for nhs continuing healthcare. [Em linha] (2012). [Consult. em 26 Mar 2018] Disponível em https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213140/NHS-CHCFast-Track-Pathway-tool.pdf.
56. UK. DEPARTMENT OF HEALTH - The national framework for NHS continuing healthcare and NHS funded nursing care. [Em linha]. London : Department of Health. (2012) [Consult. em 24 Fev 2018]. Disponível em: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213137/National-Framework-for-NHS-CHC-NHS-FNC-Nov-2012.pdf..

57. URBANO, J.; BENTES, M. – Definição da produção do hospital: os grupos de diagnósticos homogéneos. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 8 : 1 (1990).
58. WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION – Home-based long-term care. [Em linha]. Geneva: World Health Organization. Technical Report Series; 2000. [Consult. 16 Fev. 2018] Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_898.pdf
59. WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION – Lessons for long-term care policy: the cross-cluster initiative on long-term care: noncommunicable diseases and mental health cluster world health organization, 2002. [Em linha]. World Health Organization. [Consult. 18 Mar. 2018]. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH7CCL_02.1.pdf.

Documentos Legislativos

Lei n.º 52/2012. D.R. 1ª série (05/09/2012)

Decreto-Lei nº 101/2006. D.R. 1ª série (06/06/2006)

Decreto- Lei n.º 8/2010. D.R. 1ª série (20/01/21010)

Decreto-Lei n.º 22/2011. D.R. 1ª série (10/02/2011)

Decreto-Lei nº136/2015. D.R. 1ª série (28/07/2015)

Decreto-Lei nº 28/2008. D.R. 1ª série (22/02/2008)

Decreto-Lei n.º 173/2014. D.R. 1ª série (19/11/2014)

Portaria nº 132/2009. D.R. 1ª série (30/01/2009)

Portaria n.º 174/2014. D.R. 1ª série (10/09/2014)

Anexos

Anexo I – NHS Continuing Health Care- Check List

NHS Continuing Healthcare Needs Checklist

Date of completion of Checklist _____

Name

P.O.B.

NHS number and GP/Practice:

Permanent address and
telephone number

Current location (e.g. name of
hospital ward etc)

--	--

Gender _____

Please ensure that the equality monitoring form at the end of the Checklist is completed.

Was the individual involved in the completion of the Checklist? Yes/No (please delete as appropriate)

Was the individual offered the opportunity to have a representative such as a family member or other advocate present when the Checklist was completed? Yes/No (please delete as appropriate)

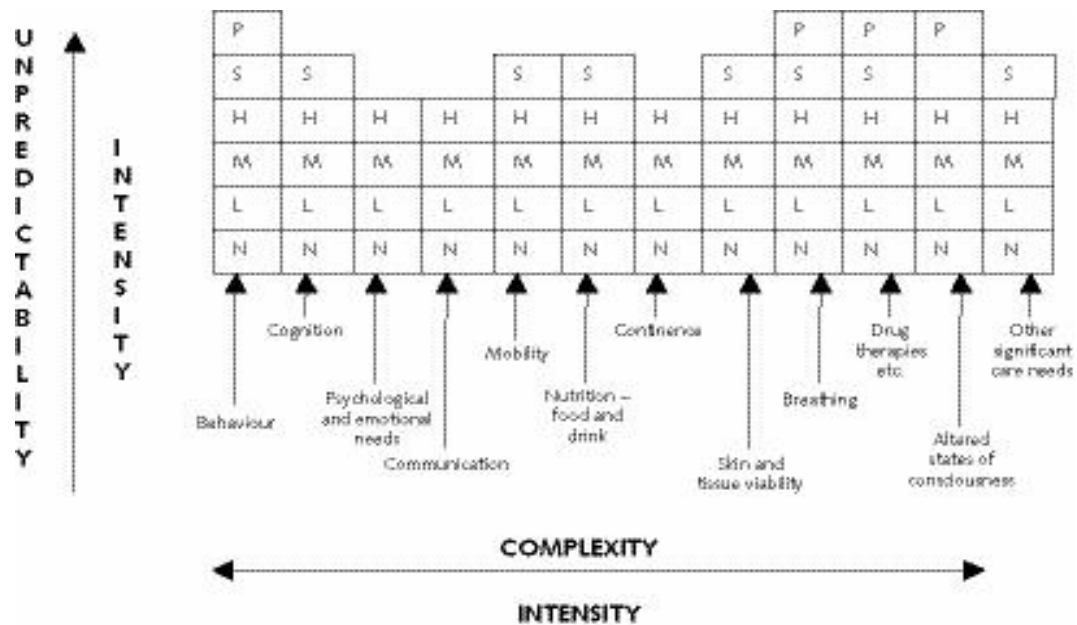
If yes, did the representative attend the completion of the Checklist? Yes/No (please delete as appropriate)

Please give the contact details of the representative (name, address and telephone number).

Did you explain to the individual how their personal information will be shared with the different organisations involved in their care, and did they consent to this information sharing? Yes/No (please delete as appropriate)

Please circle statement A, B or C in each domain	C	B	A
Behaviour*	<p>No evidence of 'challenging' behaviour.</p> <p>OR</p> <p>Some incidents of 'challenging' behaviour. A risk assessment indicates that the behaviour does not pose a risk to self, others or property or a barrier to intervention. The person is compliant with all aspects of their care.</p>	<p>'Challenging' behaviour that follows a predictable pattern. The risk assessment indicates a pattern of behaviour that can be managed by skilled carers or care workers who are able to maintain a level of behaviour that does not pose a risk to self, others or property. The person is nearly always compliant with care.</p>	Name of patient
Cognition	<p>No evidence of impairment, confusion or disorientation.</p> <p>OR</p> <p>Cognitive impairment which requires some supervision, prompting or assistance with more complex activities of daily living, such as finance and medication, but awareness of basic risks that affect their safety is evident.</p> <p>OR</p> <p>Occasional difficulty with memory and decisions/choices requiring support, prompting or assistance. However, the individual has insight into their impairment.</p>	<p>Cognitive impairment (which may include some memory issues) that requires some supervision, prompting and/or assistance with basic care needs and daily living activities. Some awareness of needs and basic risks is evident.</p> <p>The individual is usually able to make choices appropriate to needs with assistance. However, the individual has limited ability even with supervision, prompting or assistance to make decisions about some aspects of their lives, which consequently puts them at some risk of harm, neglect or health deterioration.</p>	

Anexo II – NHS Continuing Health Care – Decision Support Tool



Anexo III - NHS Continuing Healthcare Fast Track Tool

NHS Continuing Healthcare Fast Track Tool

*To enable immediate provision of a package
of NHS continuing healthcare*

Date of completion of the Fast Track Tool _____

Name

.O.B.

NHS number:

Permanent address and
telephone number

Current location (i.e. name of
hospital ward etc)

--	--

Gender _____

Please ensure that the equality monitoring form at the end of the Fast Track Tool is completed

Contact details of referring clinician (name, role, organisation, telephone number, email address)

--

The individual fulfils the following criterion:

He or she has a rapidly deteriorating condition and the condition may be entering a terminal phase. For the purposes of Fast Track eligibility this constitutes a primary health need. No other test is required.

Brief outline of reasons for the fast-tracking recommendation:

Please set out below the details of how your knowledge and evidence of the patient's needs mean that you consider that they fulfil the above criterion. This may include evidence from assessments, diagnosis, prognosis where these are available, together with details of both immediate and anticipated future needs and any deterioration that is present or expected.

When outlining reasons why a clinician considers that a person has a rapidly deteriorating condition that may be entering a terminal phase, the clinician should consider the following definition of a primary health need:

Primary health need arises where nursing or other health services required by the person are

- (a) where the person is, or is to be, accommodated in a care home, more than incidental or ancillary to the provision of accommodation which a social services authority is, or would be but for the person's means, under a duty to provide; or
- (b) of a nature beyond which a social services authority whose primary responsibility is to provide social services could be expected to provide.

(continue overleaf)

Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética do HBA

Exma. Senhora

**Enf.^a Responsável dos Internamentos 3.1 e
3.2 do Hospital Beatriz Ângelo, Dora
Margarida Manuel Bonito**

Cc: Centro de Investigação Clínica do HBA

Loures, 05 de fevereiro de 2018

N/Ref.^a 2337/2018_MJHNO

Correio eletrónico e PMP

Estudo HBA n.º 0297

Assunto: "Impacto da Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)
na Demora média Hospital do Hospital Beatriz Ângelo."

Exma. Senhora Enf.^a Dora Bonito,

No seguimento da submissão a este Hospital do estudo melhor identificado em epígrafe, no qual V. Exa. participa na qualidade de Investigador Principal, temos o prazer de informar que a Comissão de Ética para a Saúde (CES) do HBA, considera asseguradas as questões éticas relacionadas com a realização do estudo, pelo que, deliberou a sua aprovação em reunião do dia 02 de fevereiro do corrente ano.

Com os nossos melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do HBA



Maria João Heitor

Anexo IV – Comparação dos dez GDH mais referenciados

Comparação dos dez GDH mais referenciados no HBA

Para analisar os 10 GDH mais referenciados para a RNCCI, fomos comparar os dois anos em estudo, em relação, em relação á idade da população, ao tempo de sinalização á EGA, á demora média de internamento e o tempo entre a sinalização e a alta clinica dos utentes.

Para comparar os resultados referentes aos vários GDH mais frequentes entre os anos foi utilizado o teste t para amostras independentes.

GDH 533

Em relação ao GHD 533, que é um GDH médico, foi analisado uma amostra de 109 utentes referenciados, 45 utentes em 2015 e 64 em 2016.

Tabela 19 – Comparação do GDH533 nos anos 2015 e 2016

	2015		2016		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	77.3	13.02	73.14	16.79	2.299*	.022
Tempo de sinalização à EGA	9.73	8.24	5.47	8.29	2.545*	.012
Demora média	18.97	20.78	27.87	38.71	-2.540*	.012
Tempo entre a data da sinalização e a data da alta clinica	18.51	41.02	17.98	19.16	.147	.883

* $p \leq .05$.

Observando a tabela 19, verificamos que os resultados mostram que em 2015 a Idade e o tempo de sinalização à EGA eram superiores embora a Demora média era inferior comparativamente com 2016.

GDH 14

No GDH 14, que corresponde a um GDH médico, foi estudado uma amostra de 95 utentes referenciados, 33 utentes em 2015 e 62 em 2016. Verificou-se um aumento muito significativo do número de referências para a RNCCI neste GDH.

Tabela 20 – Comparação do GDH 14 nos anos 2015 e 2016

	2015		2016		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	72.42	13.84	73.31	12.83	-.923	.356
Tempo de sinalização à EGA	8.77	14.25	2.44	2.89	2.406*	.022
Demora média	10.12	24.65	9.65	10.94	.333	.739
Tempo entre a data da sinalização e a data da alta clínica	8.12	28.34	7.15	21.88	.530	.596

* $p \leq .05$.

Constatamos que a idade é semelhante nos dois anos em estudo. Os resultados mostram que em 2015 tanto o tempo entre a data de sinalização à EGA e a data de alta como a demora média era superior comparativamente com 2015.

GDH 210

Em relação ao GDH 210, que é um GDH cirúrgico, foi avaliado uma amostra de 62 utentes referenciados, 29 utentes em 2015 e 33 em 2016.

Tabela 21 – Comparação do GDH 210 nos anos 2015 e 2016

	2015		2016		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	80.13	14.85	78.72	14.89	.668	.505
Tempo de sinalização à EGA	18.50	30.73	6.60	5.01	2.021	.052
Demora média	20.69	22.43	26.02	35.63	-1.284	.201
Tempo entre a data da sinalização e a data da alta clínica	16.38	20.41	16.52	33.94	-.034	.973

Observando a tabela 21, podemos referir que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois anos ($p > .05$).

Mas é importante salientar que o tempo de sinalização à EGA diminuiu de 2015 para 2016, embora o tempo entre a sinalização e a data de alta clínica e a demora média tenham aumentado em 2016.

GDH541

Para o GDH 818, que se trata de um GDH médico, foram estudados uma amostra de 59 utentes referenciados, 31 utentes em 2015 e 28 em 2016.

Tabela 22 – Comparação do GDH 541 nos anos 2015 e 2016

	2015		2016		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	76.05	13.48	76.04	14.77	.013	.990
Tempo de sinalização à EGA	16.27	20.86	10.63	27.00	.849	.400
Demora média	10.56	11.63	10.38	11.68	.241	.810
Tempo entre sinalização e a data da alta clinica	12.51	36.81	8.95	20.45	1.893	.059

De acordo com os resultados apresentados na tabela 22, estes mostram que em 2015, tanto o Tempo entre a data da sinalização e a data de alta clinica e o tempo de sinalização á EGA era superior comparativamente com 2016.

GDH 818

No GDH 818, que é um GDH cirúrgico, foram analisados uma amostra de 48 utentes referenciados, 19 utentes em 2015 e 29 em 2016.

Tabela 23 – Comparação do GDH 818 nos anos 2015 e 2016

	2015		2016		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	74.63	13.05	73.05	11.99	1.219	.224
Tempo de sinalização à EGA	8.88	8.50	4.59	7.64	1.767	.084
Demora média	12.70	10.92	11.09	9.91	1.503	.134
Tempo entre a data da sinalização e a data da alta clínica	11.14	8.10	9.01	18.70	1.359	.175

Observando a tabela 23, podemos referir que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois anos ($p > .05$).

Mas é importante salientar que o tempo de sinalização à EGA diminuiu de 2015 para 2016, embora o tempo entre a sinalização e a data de alta clínica e a demora média tenham aumentado em 2016.

GDH558

Relativamente ao GDH 558, e correspondendo a um GDH cirúrgico, foram estudados uma amostra de 47 utentes referenciados, 23 utentes em 2015 e 24 em 2016.

Tabela 24 - GDH558 (variáveis numéricas) – Comparação entre 2015 e 2016

	2015		2016		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	70.56	26.86	74.11	17.03	-1.045	.298
Tempo de sinalização à EGA	16.57	17.14	17.92	13.89	-.298	.767
Demora média	31.78	30.81	30.83	25.50	.219	.827
Tempo entre a data da sinalização e a data da alta clínica	28.97	55.94	25.92	24.03	.457	.648

Da análise da tabela 24, é de realçar a idade dos doentes referenciados tal como a demora média e o tempo de sinalização à Ega neste GDH aumenta de 2015 para 2016. É importante realçar que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois anos ($p > .05$).

GDH569

Para o GDH 569, que representa um GDH médico, foram estudados uma amostra de 47 utentes referenciados, 24 utentes em 2015 e 23 em 2016.

Tabela 25 – Comparação do GDH 569 nos anos 2015 e 2016

	2015		2016		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	71.79	23.65	73.31	23.28	-.731	.465
Tempo de sinalização à EGA	11.83	13.22	10.96	11.45	.243	.809
Demora média	12.29	14.68	16.75	40.11	-1.686	.093
Tempo entre a data da sinalização e a data de alta clínica	12.30	41.81	14.25	33.68	-.581	.561

Observando a tabela 25, embora não sendo encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois anos ($p > .05$) é importante salientar que tanto a demora média como o tempo entre a data da sinalização e a data da alta clínica, dos doentes referenciados no GDH 569 aumentou de 2015 para 2016.

GDH211

Para o GDH 212, e tratando-se de um GDH cirúrgico, foram estudados uma amostra de 38 utentes referenciados, 12 utentes em 2015 e 26 em 2016.

Tabela 26 – Comparação do GDH 211 nos anos 2015 e 2016

	2015		2016		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	63.24	30.33	65.34	26.72	-.621	.535
Tempo de sinalização à EGA	14.00	17.45	5.65	4.43	1.633	.129
Demora média	12.06	10.73	13.97	15.89	-1.193	.239
Tempo entre a data da sinalização e a data de alta clínica	10.29	6.95	9.47	10.57	.774	.440

Tendo em conta a tabela 26, podemos referir que a idade em ambos os anos estudados são similares. Em relação ao tempo de sinalização à EGA e ao tempo entre a sinalização e a data da alta clínica estes diminuíram significativamente de 2015 para 2016. De qualquer maneira não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois anos ($p > .05$).

GDH810

Analisando o GDH 810, e sendo um GDH médico, foram estudados uma amostra de 34 utentes referenciados, 13 utentes em 2015 e 21 em 2016.

Tabela 27 – Comparação do GDH 810 nos anos 2015 e 2016

	2015		2016		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	71.70	18.83	66.66	24.32	1.451	.149
Tempo de sinalização à EGA	10.85	15.17	6.52	6.10	1.170	.251
Demora média	13.75	18.45	16.96	23.59	-.945	.346
Tempo entre a data da sinalização e a data de alta clínica	10.22	12.67	11.76	13.58	-.740	.460

De acordo com os dados da tabela 27, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois anos ($p > .05$), mas contudo é importante referir que a demora média e o tempo de sinalização dos doentes referenciados aumentou de 2015 comparativamente a 2016, ao invés, o tempo de sinalização diminuiu de 2016 quando comparado com 2015.

GDH585

Observando o GDH 585, e correspondendo a um GDH cirúrgico, foram estudados uma amostra de 24 utentes referenciados, 7 utentes em 2015 e 17 em 2016.

Tabela 28 – Comparação do GDH 585 nos anos 2015 e 2016

	2015		2016		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	63.37	23.60	66.22	24.37	-.864	.389
Tempo de sinalização à EGA	28.57	12.03	22.53	19.88	.744	.465
Demora média	24.44	16.52	28.72	39.25	-1.014	.313
Tempo entre a data da sinalização e a data de alta clínica	29.12	51.79	26.25	32.82	.476	.635

Da análise da tabela 28, é de realçar a diminuição no tempo de sinalização à EGA de 2015 para 2016, mas em contrapartida a demora média assim como o tempo de sinalização entre a data da sinalização e a data de alta sofreu um aumento em 2016. Mesmo assim não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois anos ($p > .05$).